

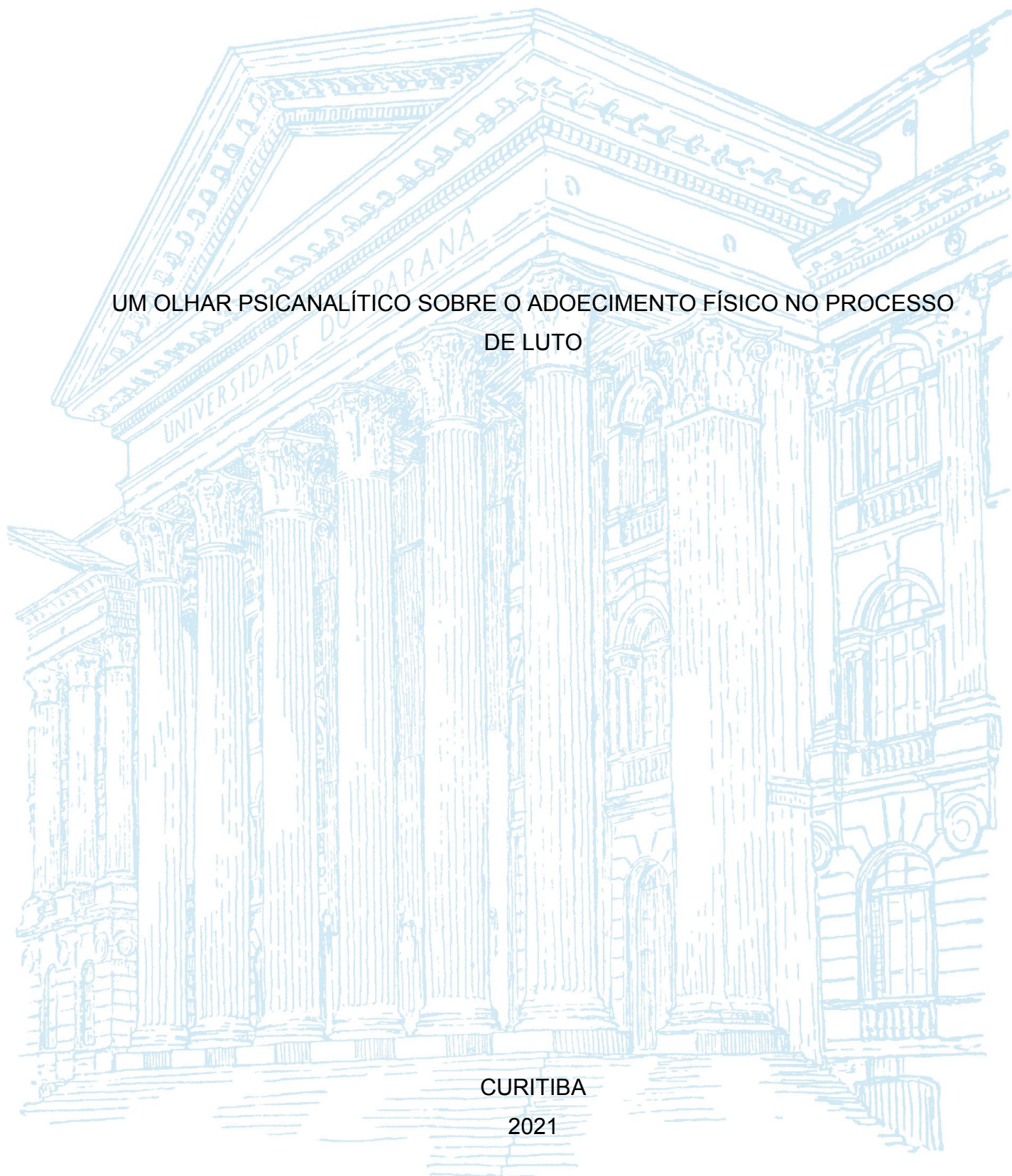
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

AMANDA ARMSTRONG LEMES

UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE O ADOECIMENTO FÍSICO NO PROCESSO  
DE LUTO

CURITIBA

2021



AMANDA ARMSTRONG LEMES

UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE O ADOECIMENTO FÍSICO NO PROCESSO  
DE LUTO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Virgínia Filomena Cremasco

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Lemes, Amanda Armstrong  
Um olhar psicanalítico sobre o adoecimento físico no processo de luto, / Amanda  
Armstrong Lemes. – Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da  
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Pro<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Virgínia Filomena Cremasco

1. Doenças – Aspectos psicossomáticos. 2. Luto – Aspectos psicológicos.  
3. Perda (Psicologia). 4. Psicologia clínica. I. Cremasco, Maria Virgínia  
Filomena, 1989-. II. Título.

CDD – 155.937



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -  
40001016067P0

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de AMANDA ARMSTRONG LEMES intitulada: **Um olhar psicanalítico sobre o adoecimento físico no processo de luto**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 28 de Abril de 2021.

Assinatura Eletrônica

28/04/2021 13:36:20.0

MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

29/04/2021 10:21:26.0

ANA MARIA DE TOLEDO PIZA RUDGE

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA)

Assinatura Eletrônica

28/04/2021 15:52:57.0

ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Prça Santos Andrade, 50, 2o andar - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80060-010 - Tel: (41) 3310-2644 - E-mail: [pgpsicologia@ufpr.br](mailto:pgpsicologia@ufpr.br)

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 90133

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 90133

## **AGRADECIMENTOS**

A Lucas Molenda Jambersi, que na semelhança e na alteridade, ensina-me o valor do tempo e do amor.

A meus pais, Rosana Armstrong Lemes e Jacques Amauri Lemes, que sempre investiram em mim, apoiando-me mesmo quando isso significou o sacrifício do seu próprio conforto.

A meus avós e meus tios, por perdoarem minha ausência em tantos almoços de domingo, e por me fazerem sempre bem-vinda para o próximo.

Às amigas Bruna Sing, Camila Salvego e Isabela Konschak, pela perseverança alegre em uma amizade que atravessou a infância, a adolescência e hoje me torna uma mulher afortunada.

Com respeito e admiração, gostaria de agradecer também:

À Profa. Dra. Maria Virgínia Filomena Cremasco, pela rica e cuidadosa orientação deste trabalho. Mas, muito além. Pelo acolhimento com que me recebeu enquanto estagiária, e a generosidade com que compartilhou sua experiência clínica. Por ter aceitado orientar este projeto, e o investimento que fez nele, mesmo quando ainda se tratava apenas de uma ideia. Pelas comprometidas supervisões clínicas, em que nunca deixou de compartilhar seu imenso conhecimento técnico e teórico. Pela disponibilidade, mesmo quando foi preciso driblar o tempo para isso. Por ensinar o apreço ao rigor científico, e pela confiança que depositou em meu trabalho. E pela profusa compreensão e bom humor com que acolheu angústias e dificuldades ao longo desses anos de trabalho conjunto.

À Profa. Ma. Dione Maria Menz, pelo cuidado e carinho com que sempre me recebeu em seus projetos e com que sempre compartilhou seus conhecimentos.

À Profa. Dra. Lis Andréa Pereira Soboll, pelas valiosas lições de vida acerca do tempo, do trabalho e do tempo de trabalhar em nossos sonhos.

Às Prof. Dra. Ana Maria de Toledo Piza Rudge e Profa. Dra. Rosane Zétola Lustoza, pela leitura cuidadosa deste trabalho, em sua fase inicial, que hoje se enriquece com os preciosos apontamentos realizados. E pela imensa bondade em se fazerem novamente presentes.

Ao Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, pela generosa disponibilidade em ajudar.

À CAPES pelo apoio financeiro, sem o qual esta pesquisa não seria possível.

Muito obrigada!

O presente trabalho foi realizado com apoio da  
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de  
Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de  
Financiamento 001

This study was financed in part by the  
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de  
Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code  
001

Evocando as lembranças da casa, acrescentamos  
valores de sonho; nunca somos verdadeiros  
historiadores, somos sempre um pouco poetas e nossa  
emoção traduz apenas, quem sabe, a poesia perdida.

BACHELARD, 1957, p.201.

## RESUMO

Embora as perdas objetais sejam inevitáveis à existência humana, acompanhando as pessoas do início até o fim de suas vidas, muitos parecem adoecer no processo de luto, tornando-se esse um problema de saúde pública. Sob esse panorama, buscou-se compreender, por uma perspectiva psicanalítica, o papel do adoecimento físico na economia psíquica de pessoas enlutadas. Para tanto, utilizou-se a Construção de caso como estratégia de pesquisa, uma metodologia de caráter clínico na qual a produção dos dados para o estudo é proveniente da própria prática clínica com o método psicanalítico, exigindo-se, dessa forma, o pesquisador enquanto analista. Assim, partindo-se de um referencial teórico freudiano, foi selecionada para a pesquisa uma voluntária que se inscreveu na lista de espera do Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná, a fim de receber tratamento psicoterapêutico. Trata-se de Irene, nome fictício para uma mulher idosa que foi acometida pela psoríase e pela rosácea após o falecimento do marido com quem conviveu por mais de quarenta anos. Como resultado da pesquisa, vemos, na particularidade do caso Irene, a maneira com que o trabalho de luto faz emergir a violência da pulsão desligada, que sumariamente ofende o Ideal de Eu da paciente. A pele lesionada entra então no lugar da ambivalência amorosa, tornando menos ruidoso o agir da pulsão de morte e um pouco mais tolerável a dor do luto para o aparelho psíquico. Adoecer, nesse sentido, entra como parte do processo de luto da paciente, demonstrando que o adoecimento físico pode cumprir um papel na reorganização da economia psíquica abalada pela perda objetal.

Palavras-Chave: Adoecimento físico. Luto. Perda objetal. Corpo. Adoecimento orgânico.



## **ABSTRACT**

Although object losses are inevitable to human existence, accompanying people from the beginning to the end of their lives, many people seem to fall ill in the mourning process, making this a public health problem. In this context, we sought to understand, from a psychoanalytic perspective, the role of physical illness in the psychic economy of mourned people. To this end, Case Construction was used as a research strategy, a methodology of a clinical nature in which the production of data for the study comes from the clinical practice itself with the psychoanalytic method, thus requiring the researcher as analyst. Thus, based on a Freudian theoretical framework, a volunteer, registered on the waiting list of the Center for Applied Psychology at the Federal University of Paraná was selected, in order to receive psychotherapeutic treatment. This is Irene, a fictitious name for an elderly woman who was affected by psoriasis and rosacea after the death of her husband with whom she lived for more than forty years. As a result of the research, we see, in the particularity of the Irene Case, the way in which the work of mourning makes the violence of the disconnected drive emerge, which summarily offends the patient's Ideal of Ego. The injured skin then takes the place of loving ambivalence, making the action of the death drive less noisy and a little more tolerable to the pain of mourning for the psychic apparatus. Getting sick, in this sense, enters as part of the patient's grieving process, demonstrating that physical illness can play a role in the reorganization of the psychic economy shaken by object loss.

Key-words: Physical illness. Mourning. Object loss. Body. Organic illness.

## SUMÁRIO

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>8</b>   |
| 1.1      | METODOLOGIA.....  | 13         |
| 1.2      | MÉTODO .....  | 16         |
| 1.2.1    | A investigação teórica não sistemática .....                              | 16         |
| 1.2.2    | O encontro clínico .....  | 17         |
| 1.2.3    | A supervisão clínica .....  | 19         |
| <b>2</b> | <b>UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE O ADOECIMENTO FÍSICO .....</b>            | <b>20</b>  |
| 2.1      | O CORPO NA MEDICINA .....   | 22         |
| 2.2      | O CORPO DA TRANSGRESSÃO HISTÉRICA.....                                    | 27         |
| 2.3      | A EROGENEIDADE CORPORAL .....   | 39         |
| 2.4      | O JOGO PULSIONAL: ENTRE O PSÍQUICO E O SOMÁTICO.....                      | 48         |
| 2.5      | NARCISISMO: UM LUGAR PARA O CORPO NA ECONOMIA PSÍQUICA.....               | 53         |
| 2.6      | ADOECIMENTO FÍSICO: SUBSTITUIÇÃO E FINALIDADE.....                        | 65         |
| 2.7      | O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO PARA ALÉM DA TEORIA FREUDIANA .....             | 79         |
| 2.8      | O CORPO, O ADOECIMENTO FÍSICO E A CURA PARA A PSICANÁLISE FREUDIANA ..... | 89         |
| <b>3</b> | <b>DESTINOS PARA A PERDA OBJETAL .....</b>                                | <b>95</b>  |
| 3.1      | LUTO.....   | 96         |
| 3.2      | MELANCOLIA .....  | 105        |
| 3.3      | O LUTO, A MELANCOLIA E O ADOECIMENTO FÍSICO .....                         | 114        |
| <b>4</b> | <b>O CASO CLÍNICO IRENE .....</b>   | <b>125</b> |
| 4.1      | O CASO IRENE .....  | 126        |
| 4.1.1    | Destino da perda e papel do adoecimento na economia psíquica .....        | 131        |
|          | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>148</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>157</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

A história desta pesquisa se iniciou ainda nos tempos da minha graduação em Psicologia, como resultado da união de dois temas de interesse que foram se desenvolvendo naquela época: a perspectiva psicanalítica sobre o adoecimento físico e a melancolia. Contudo, naquele momento não me ocorrera investigar uma relação entre os dois fenômenos. Embora já tivesse contato com algumas produções que de algum modo se aproximavam dessa interlocução – como o artigo que tanto me fascinou de Pinheiro, Verztman, Venturini, Viana, Canosa e Caravelli (2006), *Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica* – sentia que precisava me aprofundar, primeiro, nos mistérios da melancolia. Assunto esse que, não por acaso, foi tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso naquela época.

Ainda assim, não foi sem encantamento quando, investigando a melancolia, deparei-me com um pequeno trecho da obra freudiana que, de uma única vez, não apenas concatenava os assuntos do meu interesse como parecia-me de grandes implicações clínicas e teóricas:

[...] distúrbios graves na distribuição da libido, tal como a melancolia, são temporariamente interrompidos por uma moléstia orgânica intercorrente, e, na verdade, que mesmo uma condição plenamente desenvolvida de demência precoce é capaz de remissão temporária nessas mesmas circunstâncias (Freud, 1996/1920, p.44).

Ora, desvelava-se aí, em *Além do princípio de prazer*, a ideia de que o adoecimento físico, de algum modo, poderia operar um papel no aparelho psíquico, contribuindo para que ele retornasse ao seu modo de funcionamento anterior à eclosão do distúrbio pulsional. Tal qual, aliás, a ocorrência de uma lesão física grave poderia desviar, para a área ferida, o excesso pulsional de uma vivência traumática, minorando uma eventual desorganização psíquica (FREUD, 1996/1920). Dessa forma, nota-se que não apenas o corpo, mas o corpo lesionado, o corpo enfermo, participa do equilíbrio econômico do aparelho psíquico, podendo mesmo protegê-lo temporariamente de seus próprios conflitos.

Tal observação, pode-se dizer, nasceu na prática clínica. Isto é, foi no acompanhamento cotidiano dos pacientes e de seus conflitos que se percebeu a influência que estados alterados da saúde física podem exercer no balanço entre saúde e adoecimento psíquicos. Vale notar, porém, que não estamos falando apenas da clínica psicanalítica, visto que há muito a própria psiquiatria já teria feito uma constatação muito similar à de Freud. No contato com pacientes acometidos por transtornos psiquiátricos graves – cuja perturbação se expressa notadamente em nível psíquico – psiquiatras de

muitas gerações já teriam percebido que esses pacientes pareciam gozar de maior saúde física do que as pessoas consideradas sadias em termos de saúde mental. Observando, também, que a irrupção de uma doença orgânica séria nos pacientes internados poderia ser seguida de uma melhora temporária do quadro psiquiátrico (MELLO FILHO, 2002).

Não obstante, tal hipótese, de que algo de ordem psíquica se relacionaria com a regulação do funcionamento somático, só faz sentido se pensada a partir de um referencial de corpo que extrapola o modelo médico, assentado na dualidade cartesiana clássica em que mente e corpo não se influenciam. Ora, quando notamos esse movimento de alternância entre estados de perturbação psíquica e estados de perturbação da saúde orgânica, estamos falando de um corpo não dualista, estamos falando de um corpo que sobrepuja sua função biológica, operando também um papel no sofrimento humano (LINDENMEYER, 2012).

Aposta-se aqui que o corpo já não é mais sinônimo de organismo. Antes disso, considera-se que o corpo se coloca a serviço de determinações inconscientes, integrando-se como parte fundamental da economia psíquica. O que Freud demonstrou, ao longo de sua obra, ao evidenciar que o desenvolvimento de uma condição orgânica – seja uma doença, uma dor crônica ou mesmo um estado neurofisiológico normal, como o sono – alterará a dinâmica de investimentos libidinais do sujeito; afinal, ninguém é capaz de amar com dor de dente (FREUD, 1996/1914b). Aquilo que dói, seja de ordem física ou psíquica, convoca investimentos psíquicos sobre a ferida.

Na prática, essa redistribuição pulsional pode ser bastante impressionante. Ainda mais pensando-se na melancolia, conforme o exemplo trazido por Freud (1996/1920), no qual o sofrimento psíquico extremo – que incapacita o sujeito de amar – pode ser substituído pelas manifestações físicas de um adoecimento orgânico. Mas, a melancolia, compreendida por Freud como um luto patológico, não é a única condição na qual há uma intensa modificação da disposição pulsional. Na verdade, as perdas significativas de forma geral já determinam a ruptura traumática com um arranjo libidinal previamente estabelecido, demandando um doloroso trabalho, o trabalho de luto, para realizar a difícil tarefa de reorganizar um novo equilíbrio pulsional em que o objeto perdido estará ausente. Embora normal, o trabalho de luto não se dará sem um sofrimento psíquico intenso, cuja repercussão pode se fazer sentir por todo o funcionamento do sujeito. Incluindo-se aí a inibição de funções fisiológicas, como o sono e o apetite (FREUD, 2013/1917[1915]), e possivelmente uma maior predisposição para o adoecimento orgânico (MELLO FILHO, 2002).

Nesse sentido, deparei-me com a questão do adoecimento físico no processo de luto. Uma questão que, embora me parecesse nova, não parecia ser para diversas pessoas

com quem conversei e que sempre tinham um caso semelhante para me relatar: conheciam uma pessoa próxima que adoeceu gravemente após a morte de um ente querido. Mais do que histórias, porém, esses relatos se multiplicaram quando, recorrendo a estudos científicos da área da saúde (ainda que neles não exista uma distinção teórica entre o luto e a melancolia), verifica-se que situações de perdas significativas são frequentemente associadas ao aumento de manifestações médicas importantes. Tais como o desenvolvimento de doenças do coração, incluindo infarto e doenças cardíacas crônicas (CHEN; BIERHALS; PRIGERSON; KASL; MAZURE; JACOBS, 1999. LI; HANSEN; MORTENSEN; OLSEN, 2002. STROEBE; SCHUT; STROEBE, 2007. TAFÀ; CERNIGLIA; CIMINO; BALLAROTTO; MARZILLI; TAMBELLI, 2018), certos tipos de cânceres (HO; HUNG, 2013. LI; HANSEN; MORTENSEN; OLSEN, 2002. LI; PRECHT; MORTENSEN; OLSEN, 2003. LEVAV; KOHN; ISCHOVICH; ABRAMSON; TSAI; VIGDOROVICH, 2000. STROEBE; SCHUT; STROEBE, 2007), doenças auto-imunes (VIRK; RITZ; LI; OBEL; OLSEN, 2016) e dor severa (BRADBEER; HELME; YONG; KENDIG; GIBSON, 2003. PARKES; 1964). Cabendo citar a observação de Pimenta (2014) sobre o fato de que muitos dos participantes do grupo de apoio a pessoas enlutadas, *Amigos Solidários na Dor do Luto*, do qual participou entre 2011 e 2012, desenvolverem cânceres. Grupo no qual, aliás, motivada pelas questões clínicas e teóricas desta pesquisa, também participei – recebendo um acolhimento excepcional – entre o segundo semestre de 2018 até a eclosão da pandemia em março de 2020, pelo SARS-COV-2, quando as atividades presenciais do grupo precisaram ser temporariamente suspensas.

Diante desse cenário, é interessante pensar que embora o processo de perdas faça parte da própria condição humana, estando presente desde o começo da vida até o final dela, parece existir um grande número de pessoas que adoecem por conta do sofrimento excessivo causado por um luto. E isso ao ponto de poder se pensar no luto mal elaborado como um problema de saúde pública (KOVÁCS, 2003; KOVÁCS, 2005), um problema que, portanto, sobrepuja a oferta de tratamento médico para as afecções reclamadas.

A própria Organização Mundial da Saúde (2008), apesar da ênfase que confere às ciências biomédicas, reconhece que a não observância à dimensão humana do adoecimento orgânico limita o sucesso dos tratamentos oferecidos. Acarretando, inclusive, perdas econômicas, visto que os investimentos em serviços de saúde, quando pensados apenas em função da saúde física, revelam-se pouco eficazes. Nos termos do *Relatório Mundial de Saúde*,

O reconhecimento insuficiente da dimensão humana na saúde e da necessidade de adaptar a resposta dos serviços de saúde às especificidades de cada comunidade e de cada situação individual representam a maior limitação dos cuidados de saúde contemporâneos,

resultando não somente em iniquidades e resultados sociais adversos, mas reduzindo também os ganhos em saúde expectáveis do investimento nos serviços de saúde [...] Dar prioridade às pessoas, o âmago das reformas da prestação de serviços, não é um princípio trivial (OMS, 2008, p. 44).

Reafirma-se, assim, a importância da leitura psicanalítica do sofrimento humano – seja ele manifesto em nível físico ou psíquico – como uma abordagem de ruptura frente à perspectiva médico-psiquiátrica, pois se atenta em sua investigação para o sentido e o conteúdo do adoecer na vida do sujeito (CLARA, 2009). Revelando-se útil, portanto, para a compreensão integral do processo de adoecimento humano e assim, se necessário se mostrar, podendo contribuir para um redirecionamento da ênfase do tratamento oferecido.

Não à toa, partiu-se do referencial psicanalítico para responder, à pergunta de pesquisa de caráter clínico, sobre qual é o papel do adoecimento físico na economia psíquica de pessoas enlutadas. Tendo-se como foco, aqui, o sentido metapsicológico desse adoecer. O objetivo desta pesquisa, consequentemente, é compreender o papel do adoecimento físico na economia psíquica de pessoas enlutadas, buscando-se verificar a hipótese de que o adoecimento orgânico, dada a ocorrência de uma perda significativa, cumpre um papel na reorganização do regime pulsional, desviando libidinalmente a dor psíquica ao campo do somático e, dessa forma, ligando a energia solta que o trabalho de luto promove ao retornar os investimentos objetais para o próprio sujeito. Para tanto, a fim de dar sequência a esse projeto, esta pesquisa será apresentada em três capítulos.

O primeiro capítulo apresentará uma visão psicanalítica sobre o adoecimento físico, buscando argumentar sobre como o adoecimento orgânico pode se inserir na economia psíquica. Iniciamos nossa empreitada resgatando as noções médicas acerca do corpo e do adoecer, explicitando nelas a lacuna que permite a entrada do discurso psicanalítico sobre os fenômenos que se incidem sobre o corpo orgânico. Prosseguimos, então, com a compreensão do corpo pela psicanálise, tendo como pano de fundo a apresentação do caso da Srta. Elisabeth Von. R., paciente de Freud tomada aqui como um caso paradigmático, isto é, como um modelo no qual se revela a existência de determinações psíquicas atuantes sobre o funcionamento orgânico. Determinações que ajudaram Freud a perceber uma plasticidade corporal desconhecida da medicina, aferindo ao corpo, e também ao seu adoecimento, a participação no jogo de quantidades pulsionais que domina o aparelho psíquico.

No segundo capítulo, passamos a discutir a metapsicologia dos dois destinos clássicos frente à perda objetual: o luto e a melancolia. Enfatizamos, aí, a ruptura pulsional que a perda de um objeto amoroso implica, pondo o psiquismo em um movimento quantitativo complexo que, seja no caso do luto, seja no caso da melancolia, parece ter força para convocar o corpo a exercer diferentes papéis. Defendemos, assim, que a ruptura

do equilíbrio psíquico, ocasionado pela perda objetal, pode se utilizar de um sofrimento orgânico instalado para efetuar descarga e ligação, minorando a desorganização psíquica.

O terceiro capítulo, por fim, apresentará um retorno à clínica psicanalítica, buscando verificar, com a Construção do caso Irene, o papel que o adoecimento físico pode exercer na economia psíquica marcada por uma perda significativa. Entraremos, assim, em contato com a singularidade irreduzível de Irene, que após a perda do marido, com quem conviveu por mais de quarenta anos, foi acometida pela rosácea e pela psoríase.

## 1.1 METODOLOGIA

Incluída na gama das pesquisas qualitativas, o presente estudo se configura como uma pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico. Deve-se entender, portanto, que a psicanálise, antes de ser um aparelho conceitual, é também uma prática na qual acontecem os fenômenos que a teoria busca elucidar (MEZAN, 2002). Sendo este projeto de pesquisa motivado por uma questão clínica, isto é, uma questão que surge na realidade do encontro com um outro sujeito, optou-se por retornar à clínica psicanalítica e adotar a Construção de caso como estratégia metodológica para alcançar o nosso objetivo, a compreensão do papel econômico do adoecimento físico no processo de luto.

Em outras palavras, a pesquisa será conduzida a partir do acompanhamento clínico, pela abordagem psicanalítica, de um sujeito voluntário, sendo que os dados obtidos desse atendimento (o que se manifestar na situação clínica) serão analisados pelo método psicanalítico. Método, esse, interpretativo por excelência, alicerçado na livre associação do analisante (em contraponto à escuta livremente flutuante do analista), no compromisso com a neutralidade do analista e no fenômeno da transferência (AGUIAR, 2006). É um método, logo, no qual a investigação e o tratamento coincidem, exigindo, consequentemente, a presença do pesquisador enquanto analista atuante (AGUIAR, 2006; FIGUEIREDO; MINERBO, 2006).

Pode-se afirmar que o objeto de pesquisa em questão, na metodologia de Construção de caso, seria o próprio inconsciente – ou ainda a realidade psíquica do sujeito que se submete à análise. Um objeto de pesquisa que não pode ser verificado pela observação experimental direta<sup>1</sup>, não se prestando aos métodos experimentais tradicionais (CECCARELLI, 2010). Assim, a pesquisa que se utiliza dessa metodologia não se propõe a

---

<sup>1</sup> não seria ético, por exemplo, reproduzir situações de perdas significativas nos voluntários da pesquisa a fim de se generalizar as consequências psíquicas da experiência. Antes disso, porém, tampouco seria generalizável o que se constitui como um evento traumático e desorganizador para os sujeitos de forma geral (CECCARELLI, 2010).



postular leis ou regras de caráter universal. Preza, antes disso, pelo mergulho na idiossincrasia de cada caso, dando espaço para a investigação do particular e, dessa forma, para o questionamento da teoria estabelecida. Eventualmente, poderia ser encontrado algo de novo pela via da transferência. De todo modo, é válido reforçar que a Construção do caso não é um exemplo ou um artifício para confirmar a teoria, mas um recorte que produz conhecimento, precisando levar em consideração, para isso, a subjetividade do próprio pesquisador-analista (MARCOS, 2010).

Acerca desse último ponto, conforme afirmou Safrá (2001), vale notar que o método psicanalítico é um “[...] processo investigativo não conclusivo (SAFRÁ, 2001, p.173.)”, pois o controle de variáveis e a dicotomia sujeito-objeto, das metodologias tradicionais, estarão ausentes. Na verdade, pressupõe-se vigorar, entre o pesquisador/analista e o participante/analizando, o fenômeno da transferência (NOGUEIRA, 2004), compreendido como o processo no qual desejos inconscientes do paciente em relação a seus objetos, passam a se repetir inconscientemente na relação analítica, recaindo agora sobre a figura do analista (ROUDINESCO; PLON, 1998f). Longe de se configurar como um entrave, fato é que a transferência é a própria condição do tratamento e da pesquisa em psicanálise e, por isso, é o ponto diferencial da estratégia metodológica aqui adotada. Ou seja, a própria relação estabelecida entre o participante/analizando e o pesquisador/analista faz parte da investigação, inviabilizando a ideia de se tomar o analisante tal qual um objeto e, no outro polo, de se atribuir ao pesquisador/analista uma suposta neutralidade científica.

Justamente por isso, pensando-se na impossibilidade de um olhar neutro, fazem-se necessárias as supervisões clínicas dos atendimentos prestados, lançando-se luz aos pontos cegos do próprio pesquisador. Tal como afirmaram Oliveira e Tafuri (2012), na Construção do caso faz-se necessária a presença de um supervisor externo que possa cumprir o papel de alteridade, evitando que o pesquisador/analista tenha seu ponto de vista demasiadamente enviesado pela transferência estabelecida com o paciente/voluntário da pesquisa. É a supervisão externa que, portanto, permitirá a utilização dos fenômenos transferenciais como materiais de pesquisa, ao esclarecer as próprias fantasias do analista na relação com o analisante, fantasias que, de outra forma, poderiam obliterar a compreensão da lógica do caso (VAL; LIMA, 2014).

Nesse sentido, a análise pessoal também toma parte na estratégia metodológica. Se a Construção do caso exige que o pesquisador ocupe o lugar de psicanalista atuante, para ele também vale as orientações necessárias ao exercício da prática psicanalítica, isto é, a formação teórica, a supervisão e a análise pessoal. Concordando-se aqui com Freud quando esse afirmou que nenhuma análise avança para além das resistências e complexos

inconscientes do analista (FREUD, 2013/1910). A supervisão pessoal, portanto, aparece como condição para a execução desta pesquisa de caráter psicanalítico.

Além disso, vale salientar que, diferentemente do relato de um estudo de caso, em que se preza o discurso lógico do participante da pesquisa, isto é, aquilo que o sujeito mesmo aponta como sua realidade, para a Construção do caso clínico o foco reside justamente nas lacunas da fala do sujeito (OLIVEIRA; TAFURI, 2012). Cumpre lembrar que a palavra *caso*, que nomeia a estratégia metodológica aqui adotada, vem do latim, *cadere*, significando cair. Ou seja, podendo significar aquilo que está excluído da regulação simbólica (aproximando-se da noção de real da psicanálise lacaniana, como aquilo impossível de ser circunscrito). O termo *clínica*, por sua vez, do grego *kline*, seria o aprendizado que se tem à cabeceira do doente em sua presença. Daí que a Construção do caso clínico seria o aprendizado que acontece a partir do particular, daquilo que sobrepuja o universal, acerca do que não é da ordem lógica do discurso (VIGANÒ, 1999).

A Construção do caso, todavia, é um trabalho diferente da interpretação, tomada aqui como a elaboração de um saber sobre o circuito pulsional do sujeito. Enquanto a interpretação versa sobre um sentido pontual, a Construção do caso congrega todo o movimento de compreensão acerca do que se apresenta no *setting* analítico (VIGANÒ, 1999). Sendo, portanto, uma elaboração a posteriori do que se vivenciou no encontro com o analisante, incluindo aí a supervisão clínica e também o resultado das intervenções realizadas durante os atendimentos (FIGUEIREDO, 2004).

O texto resultante do processo, assentado na escuta flutuante do discurso do analistante, será diferente da transcrição literal das sessões realizadas com o paciente, da descrição da anamnese, da trajetória clínica do psicanalista ou do relato de um tratamento bem sucedido (MAGTAZ; BERLINCK, 2012). Antes disso, já estará presente nesse texto a depuração empreendida pelo pesquisador, uma vez circunscritas as lacunas do discurso lógico/consciente (OLIVERITA; TAFURI, 2012). Em outras palavras, existirá aí a elaboração de uma hipótese metapsicológica (MOURA; NIKOS, 2001), na qual se busca ampliar o sentido do fenômeno estudado, em um processo de desconstrução do discurso obtido na situação de análise e posterior reconstrução do seu sentido, levando-se em consideração agora os processos inconscientes do paciente. A Construção do caso, conseqüentemente, é uma elaboração secundária (em relação ao momento primordial que acontece no encontro clínico), podendo ser compreendida, inclusive, como a transformação da vivência enigmática da clínica em uma experiência socialmente compartilhável (MAGTAZ; BERLINCK, 2012). Mas, uma experiência que não se pretende definitiva, estando aberta ao questionamento e à transformação.

## 1.2 MÉTODO

Considerando-se o caráter clínico desta pesquisa, pode-se dividi-la em três momentos: a fundamentação teórica acerca dos fenômenos observados no caso investigado, o encontro clínico com o analisante/participante da pesquisa e a supervisão clínica. Etapas que, todavia, acontecerão simultaneamente, tratando-se essa de uma divisão didática que será apresentada, a seguir, em seus pormenores.

Antes disso, porém, cabe adiantar ao leitor que esta pesquisa foi devidamente aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa, sob o CAAE: 16785019.6.0000.0102, seguindo as diretrizes da Resolução nº196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

### 1.2.1 A investigação teórica não sistemática

Vale lembrar que, partindo-se da metodologia adotada, o caso clínico aqui analisado não terá o valor de exemplo da teoria. Na verdade, trata-se do movimento oposto: partindo-se do caso, elaborar um conhecimento que possa ser compartilhado. Disso, decorre-se que a escolha da literatura que virá em auxílio da compreensão do caso não é adotada a priori. São os enigmas encontrados no caso clínico analisado que direcionarão a literatura de interesse para o estudo.

Ainda assim, por razões didáticas, escolheu-se apresentar nesta pesquisa, primeiro, uma fundamentação teórica não sistemática acerca da visão psicanalítica sobre o corpo, o adoecimento físico e os destinos possíveis para a perda objetal, na obra freudiana. Temas que consideramos de extrema importância para indicar ao leitor a direção de escuta tomada na Construção do caso desenvolvida no nosso último capítulo.

Quanto aos demais apoios teóricos, sua escolha será livre. Ou seja, partirá de uma revisão de literatura não sistemática, empreendida pela busca de artigos, publicados em língua portuguesa e língua inglesa, nos bancos de dados online PePSIC, SciELO, Web of Science e Portal de Periódicos CAPES/MEC, a partir da combinação das palavras-chave “Luto”, “Perda objetal”, “Adoecimento Físico”, “Adoecimento orgânico”, “Corpo” e “Psicanálise”, além de obras impressas disponíveis no acervo do Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Paraná.

Por fim, para além da literatura formal, serão utilizadas vinhetas clínicas extraídas das entrevistas que constituíram o material de base para o livro *Mães em luto: A dor e suas repercussões existenciais e psicanalíticas* (2015).

### 1.2.2 O encontro clínico

A pesquisa será realizada a partir do atendimento clínico semanal, gratuito, de uma pessoa voluntária que apresentar as características da população alvo desta pesquisa: pessoa com o histórico de uma perda objetal significativa e desenvolvimento de uma forma de adoecimento físico. Além disso, a fim de proteger o participante, a pessoa a ser considerada para a pesquisa deverá ser alfabetizada e maior de dezoito anos, em plena possibilidade de exercer sua autonomia. Os atendimentos clínicos serão individuais e durarão aproximadamente 50 minutos por sessão, com a possibilidade de serem encerrados a qualquer momento, caso seja esta a vontade do voluntário.

A prospecção do participante deverá acontecer por meio da indicação do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Federal do Paraná. Clínica-escola – cuja estrutura física será utilizada para a realização dos atendimentos – que oferece atendimentos psicológicos à comunidade, recebendo diferentes tipos de demanda. Frente a uma queixa referente à perda/luto/melancolia e adoecimento, o CPA indicará essa pessoa para a pesquisadora que, então, a convidará através de um e-mail (utilizando-se o e-mail institucional do CPA) a participar da pesquisa.

Assim, existindo manifestação voluntária de participação no estudo, a pesquisadora agendará, por contato telefônico, uma entrevista com a pessoa interessada, selecionando aquela que participará da pesquisa. Os voluntários que passarem pela entrevista, mas que não corresponderem ao perfil esperado, receberão os atendimentos psicoterapêuticos da mesma forma, sem demais intercorrências. Aquele que atender ao perfil da população estudada, por sua vez, além do atendimento psicoterapêutico receberá o convite formal para a participação na pesquisa, sendo-lhe oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (condição ética para a realização do estudo determinada pelo Conselho de Ética em pesquisa com seres humanos ao qual o projeto foi submetido). Termo no qual se explicita que, optando por participar do estudo, os conteúdos discutidos nas sessões psicoterapêuticas poderão ser utilizados como dados de pesquisa.

Cumprido esclarecer que as sessões clínicas não serão gravadas e nem filmadas. Em contrapartida, serão realizados registros manuscritos dos atendimentos após o término das sessões. Registros nos quais se buscará relatar as sessões da maneira mais fidedigna possível, inclui-se aí não apenas o que for relatado pelo paciente, na ordem em que o relato aparecer, como também as impressões pessoais da pesquisadora, compreensão pessoal do caso, observação de fenômenos transferenciais, sistematizações clínico-teóricas e eventuais dúvidas, dificuldades e, posteriormente, as recomendações sistematizadas a partir das supervisões clínicas.

Tais registros farão parte da análise clínica efetuada durante a pesquisa, que levará em consideração os fenômenos transferenciais na interpretação no material a que se está analisando. Como forma de proteger o participante da pesquisa, sua identificação será substituída por um nome fictício, inventado pela própria pesquisadora, e da mesma forma como dados pessoais poderão ser modificados para descaracterizar o participante, garantindo-lhe o anonimato. Após o final da pesquisa, essas transcrições serão impressas e armazenadas nos arquivos (trancados com chave) do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, da Universidade Federal do Paraná, sala com acesso restrito a pessoas autorizadas, por um período de 5 anos. Após esse tempo, o material será destruído, evitando-se sua utilização indevida.

Cabe reforçar, conforme explicado na sessão referente à metodologia, que os dados de pesquisa considerados aqui são o próprio discurso do voluntário da pesquisa na situação clínica. Dessa forma, o processo de análise dos dados se dará pelo exame desse discurso, produzido pelo participante, no qual se efetuará recortes não arbitrários, mas orientados pela escuta do percurso analítico, nos quais as lacunas do discurso vão se tornando evidentes – e também sofrendo transformações, conforme se dá o avançar dos encontros clínicos (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006). Assim, pode-se afirmar que a análise dos dados trata-se, portanto, de um processo de decomposição e remontagem do discurso, a partir de um olhar para a metapsicologia do fenômeno (AGUIAR, 2006). É uma ‘construção’, realizada conjuntamente entre o paciente e sua fala, a escuta do analista-pesquisador e a figura do supervisor como ponto de alteridade sobre o que é escutado.

Além disso, cabe repetir que os relatos clínicos utilizados não possuem valor de exemplo da teoria; são considerados, antes, como elementos para a compreensão de uma dinâmica psíquica idiossincrática que, inclusive, podem questionar a própria teoria quanto aos elementos necessários à compreensão de cada caso.

Como um adendo, cabe informar que com a emergência da pandemia pelo SARS-COV-2 no Brasil, em Março de 2020, os atendimentos prestados à voluntária da pesquisa – Irene, que então já seguia em atendimento por aproximadamente 11 meses – passaram a ser realizado pelo modelo de atendimento remoto. Para tanto, seguiu-se as recomendações éticas do Conselho Federal de Psicologia para a prestação de atendimentos clínicos virtuais. Os atendimentos na modalidade remota, ainda, foram devidamente aceitos pela participante da pesquisa, que também foi informada da possibilidade de retomar os atendimentos presenciais quando a situação se mostrasse viável.

### 1.2.3 A supervisão clínica

Os atendimentos clínicos prestados serão acompanhados, por meio de discussões de caso, pela Professora Supervisora Dra. Maria Virginia Filomena Cremasco, em supervisões semanais. Constituindo esse um processo no qual um profissional mais experiente, no caso a Professora orientadora, auxilia de forma técnica outro profissional, para o qual se apresenta, portanto, como um ponto de alteridade na relação transferencial estabelecida com o sujeito em análise. Permite-se, desse modo, uma melhor avaliação dos elementos transferenciais.

Vale afirmar, porém, que o propósito das supervisões clínicas não é somente no sentido de dar prosseguimento à metodologia aqui adotada, a Construção do caso, mas, sobretudo, a oferta do melhor atendimento possível ao participante da pesquisa. Haja vista que, acima de quaisquer interesses relativos à pesquisa está o compromisso ético com a qualidade dos atendimentos clínicos prestados às pessoas.

Ainda, a fim de proteger o paciente, durante as supervisões os dados ou informações que possam levar à identificação do participante também serão omitidos, resguardando-se, assim, sua identidade.

## **CAPÍTULO II: UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE O ADOECIMENTO FÍSICO**

## 2 UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE O ADOECIMENTO FÍSICO

Era outubro de 1892 quando Freud recebeu a senhorita Elisabeth Von R. para atendimento. Uma moça que então contava com 24 anos e que foi descrita por Freud como inteligente e de ar alegre. O passado lhe tinha sido duro, sendo que em um período de mais ou menos dois anos, a contar daquela data, ela já convivia com o histórico da morte do pai, do adoecimento da mãe e do falecimento prematuro de uma irmã mais velha. Pessoas para as quais Elisabeth dispensou intensos cuidados, mesmo que às custas de seu próprio lazer, de sua vida social e do namoro que ia se forjando na época, abdicando, em suma, dos prazeres da juventude. Coincidentemente ou não, a moça vinha sofrendo, também há dois anos, de dores difusas nas pernas. Dores essas que lhe acarretavam dificuldade para andar e a necessidade constante de repouso, sem que parecesse existir qualquer lesão orgânica que as justificassem (FREUD, 1996/1893-1895).

Frente à escuta atenta dessa paciente e após um minucioso exame da região da qual ela se queixava, Freud, ainda no início de sua carreira como analista, chegou a uma hipótese diagnóstica no mínimo ousada. A partir de detalhes clínicos curiosos – que poderiam ter passado despercebidos por outros médicos – Freud percebeu que a descrição da paciente sobre seus sintomas era indefinida e que, além disso, ao tocar na região reclamada por Elisabeth como dolorida, seu rosto não se contraía em uma expressão de dor, mas em uma expressão de prazer. Sutilmente, a paciente jogava a cabeça para trás e fechava seus olhos, como se estivesse se entregando a uma sensação voluptuosa. Dada a descrição do distúrbio pela paciente, Freud não descartou a ocorrência de um possível reumatismo muscular em Elisabeth, mas as estranhas reações da paciente diante do toque o levaram a aprofundar o diagnóstico. Deve-se lembrar que aqueles eram os anos em que Freud estava profundamente influenciado pelo caso clínico de Anna O., de seu amigo e colega de profissão Breuer, em que se foi florescendo a noção de que ideias traumáticas estariam na origem da sintomatologia histérica. Dessa forma, a hipótese de que subjacente ao sintoma físico de Elisabeth poderia existir uma articulação com pensamentos ocultos não foi posta de lado.

É interessante pontuar que Freud nunca negligenciou a possibilidade de que uma afecção orgânica real estivesse atuante nos sintomas apresentados pela paciente. Na verdade, para o autor, não se tratou de desmentir a organicidade da doença, mas de aprofundar a compreensão sobre sua manifestação. Manifestação que se mostrou determinada não apenas por uma categoria nosográfica que se encerra em si mesma, mas por uma dinâmica mais complexa, na qual a expressão da doença se colocou a serviço de certas disposições psíquicas.



Estamos, portanto, diante de uma outra forma de inteligibilidade sobre o corpo e os fenômenos humanos. Uma inteligibilidade diferente daquela da medicina, ancorada no cartesianismo clássico, que pressupõe a separação radical entre o plano psíquico e o plano corporal. Com a perspectiva psicanalítica, nascida da prática clínica de Freud, há o reconhecimento de uma articulação entre o corpo e a subjetividade, o reconhecimento de que produções corporais podem estar sob a égide de determinações psíquicas (LIONÇO, 2008; SANTOS; RUDGE, 2014). Há o reconhecimento, podemos adiantar, de que o adoecimento físico pode ser dotado de um sentido psíquico ou de uma função.

Em última instância, pode-se afirmar que a psicanálise possibilitou uma desnaturalização do corpo, deixando de reduzi-lo à ideia de organismo. Se o corpo, é verdade, possui uma materialidade intrínseca que o difere da esfera psíquica, tampouco é sinônimo dessa materialidade (LIONÇO, 2008). Para a psicanálise, o corpo é uma construção, forjado por investimentos externos e atravessado por uma sexualidade que exige resposta do aparelho psíquico (SANTOS; RUDGE, 2014). É, portanto, um corpo erógeno e simbólico, atravessado por representações que extrapolam a anatomia médica, bem como atravessado pelo mortífero das pulsões, que o marca pelo trauma e sofrimento, integrando o corpo a uma dinâmica masoquista complexa. É um corpo, pode-se dizer, não cartesiano.

Assim, cabe retornar à obra freudiana a fim de compreender como foi construída a noção psicanalítica de corpo e como, a partir dessa perspectiva, pode-se pensar o adoecimento físico. Para tanto, tomou-se o caso Elisabeth Von R. como modelo de uma relação entre adoecimento físico e a esfera psíquica; uma construção de caso que, se não reduz o fato do adoecimento orgânico a causalidades mentais, tampouco deixa de ouvir o material psíquico que se revelou por meio da queixa física.

Antes de adentrarmos nessas questões, entretanto, vale dar um passo atrás e iniciar nossa jornada perguntando-se o que a medicina contemporânea teria a dizer sobre a senhorita Elisabeth Von R.

## 2.1 O CORPO NA MEDICINA

Conforme nos lembra Foucault (2011/1977), em *O nascimento da medicina social*, a intervenção médica impactou a história da própria espécie humana, ao ponto de poder se afirmar que a medicina é uma das práticas sociais mais significativas no que diz respeito à história do gênero humano. São pelo menos 25 séculos de existência da medicina ocidental que, por meio de suas técnicas, buscou tratar e curar as doenças (ÁVILA, 1995), alterando, dessa forma, o rumo da economia, da organização social e do curso de vida dos indivíduos.

A medicina, portanto, possui uma história que não se reduz à cronologia de suas descobertas. Consolidada como prática social, a medicina possui certas condições de existência, regras de transformação e leis de funcionamento (FOUCAULT, 2011/1969). Em cada época, e em cada cultura, as intervenções médicas serão consideradas e convocadas, enquanto tal, de diferentes formas e para diferentes finalidades. Nos termos de Foucault,

Cada cultura define de uma maneira que lhe é particular o domínio dos sofrimentos, das anomalias, dos desvios, das perturbações funcionais, dos distúrbios de conduta referidos à medicina, que suscitam sua intervenção convocando de sua parte uma prática especificada. No limite, não há domínio que pertença de pleno direito e universalmente à medicina (FOUCAULT, 2011/1969, p. 284).

Nesse sentido, para Foucault (2011/1969), a própria concepção sobre o que é uma doença, por exemplo, está condicionada à prática médica, fazendo-nos pensar em uma relação dialética em que a doença, o objeto de estudo da medicina, é precisamente o quê, em determinado período histórico, está medicalizado.

Não surpreende, portanto, que ao longo de todos esses séculos, tenham existido profundas transformações na maneira como a medicina apreendeu os modos de funcionamento do corpo e do adoecimento orgânico, passando-se por períodos em que a influência do psiquismo na determinação das doenças era mais reconhecida, até a consolidação da medicina contemporânea que, tendo início no final do século XVIII, a partir da criação da anatomia patológica, fundou-se sob a concepção de uma separação inexorável entre mente e corpo (FOUCAULT, 2011/1977).

Nesse sentido, destaca-se como uma profunda influência para o estabelecimento da visão de corpo da medicina, a filosofia de Descartes (SCHILLER, 2000). Intelectual que lançou as bases da ciência moderna ao romper com a escolástica medieval e propor um modelo de inteligibilidade para os objetos físicos, incluindo-se aí o corpo humano, assentado em uma tese mecanicista. Instaura-se assim, com Descartes, uma cisão radical entre mente e corpo. Duas substâncias consideradas de natureza distintas e que, justamente por isso, não se influenciariam (SCHILLER, 2000). O adoecimento orgânico, dessa forma, por se instalar no corpo, um objeto da realidade, obedeceria somente a forças materiais, sem sofrer qualquer tipo de interferência dos processos psicológicos. Há uma redução das funções biológicas do corpo humano ao choque de causalidades físicas e operações quantitativas (MURTA; FALABRETTI, 2015). O que repercutirá, no campo da medicina, como princípios de causalidade mecânica, ação e reação; como um modelo importado da física, regido pelas ideias de objetividade e precisão (SCHILLER, 2000; MURTA; FALABRETTI, 2015).

Sob a influência de Descartes, o corpo passou a ser visto como uma máquina, cujo funcionamento dependeria do bom desempenho de cada uma de suas partes. A imagem

proposta é a de um relógio, cujo funcionamento se dá por um mecanismo pré-determinado. O adoecimento será visto, então, como uma espécie de desequilíbrio que acomete o organismo do exterior, visto que a organicidade seria regida por um ordenamento (MELLO FILHO, 2002). As influências mentais estão excluídas, considerando-se que, se existe alma, ela está unida ao corpo, mas sem se confundir de forma ontológica com ele (MURTA; FALABRETTI, 2015). Antes disso, admite-se que o adoecimento do corpo poderia provocar alterações psicológicas, mas apenas na medida em se vê essa interferência de forma unidirecional e que se considera o psiquismo como subordinado ao organismo (SCHILLER, 2000).

O ordenamento do corpo, aliás, permitiria que as doenças fossem estudadas a partir da observação empírica, cuidadosamente controlada. Surge assim a Medicina botânica, movimento em que as doenças são tomadas como entidades naturais, portadoras de um ciclo de funcionamento próprio, sendo que, enquanto entidades, foram sistematicamente classificadas, tais como as plantas ou os animais. Daí a mudança de foco da medicina que, se outrora se detinha sobre a pessoa doente, agora se voltava para a doença. Doença cuja descrição poderia ser prejudicada por fatores subjetivos de seu portador, instalando a necessidade de que o critério máximo a ser adotado no diagnóstico fosse o olhar do médico ao invés da escuta do relato do doente (SCHILLER, 2000).

Tal postura se transformou, contudo, com a invenção da anatomia patológica. Um método que permitiu diferenciar um órgão saudável de um doente pela ideia de lesão, sendo que a lesão do órgão seria a causa do adoecimento (SCHILLER, 2000). Iniciaria desse modo a medicina contemporânea, na qual anatomia e fisiologia se juntariam para reforçar a convicção de que o organismo funciona como um sistema interligado, afastando-se da ideia do adoecimento enquanto uma entidade autônoma. Antes disso, a anatomia patológica irá entrar em consonância com a ideia de que para cada forma de adoecimento existiria uma explicação em termos quantitativos. Isto é, as doenças se diferem do estado de saúde por uma desarmonia, exageração ou desproporção de um processo físico-químico que, a parte à alteração constatada, acontece no organismo normalmente. Estamos diante do Princípio de Broussais, introduzido por Claud Bernard, para quem a normalidade ou a patologia não se diferenciariam qualitativamente, operando apenas uma diferença de quantidades entre as duas condições (CANGUILHEM, 2014).

A clínica médica contemporânea se caracterizaria, portanto, pelo pressuposto de uma continuidade entre a saúde e a doença, tomando-se essa última como um fenômeno puramente fisiológico. A normalidade, nesse sentido, será tida de duas maneiras, uma no sentido estatístico, de maneira descritiva, e a outra no sentido terapêutico, que se utiliza da norma como referência na comparação dos fatos. De qualquer forma, a normalidade é tida

como fato objetivo, verificável em termos quantitativos – o almejado princípio de objetividade científica. Assim, o indício patológico observado na prática clínica, não teria o mesmo valor do que a explicação fisiológica (CANGUILHEM, 2014). Dito de outra forma, o exame laboratorial evidenciaria a verdade sobre o paciente, independentemente do que esse pudesse vir a falar. Se até então o que valia como saúde era o silêncio dos órgãos, isto é, a experiência subjetiva de se sentir bem seria indício da boa saúde, a noção de que algumas doenças poderiam se desenvolver sem ruídos – sem que o doente perceba – conduziu à máxima de que quem tem a dizer sobre a doença é o próprio médico, ou, melhor, são os exames laboratoriais que anunciam a verdade sobre a saúde ou a doença. Em um movimento que passa então a separar a doença da experiência de estar doente (SILVA, 2012).

A própria ideia de cura em medicina, aliás, deriva-se dessa mentalidade orientada pela fisiologia patológica: “Teoricamente, curar é fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado (CANGUILHEM, 2014, p. 77)”. E aqui a norma diz respeito aos valores de referência dos exames laboratoriais e não à norma idiossincrática do sujeito, ignorando-se, como critica Canguilhem (2014), que o estado de doença não deixa de ser também uma norma, engessada, é verdade, porque limita a capacidade do indivíduo de estabelecer novas normas frente a condições de vida diferentes, mas ainda assim uma norma. Privilegia-se o olhar sobre a realidade material do enfermo, traduzida em quantidades numéricas, e não a sua escuta. Com isso, acusa-se a medicina de dominar e se ater aos mecanismos fisiológicos das diferentes formas de adoecimento, sem necessariamente ser capaz de determinar as causas desses mecanismos (SCHILLER, 2000).

Ora, se pensarmos no caso de Elisabeth Von R., paciente de Freud, e apostarmos que a hipótese diagnóstica realizada na ocasião – reumatismo das partes moles – se mantivesse consistente nos dias de hoje, quais respostas a medicina poderia oferecer para aquela jovem? De início, a exclusão de outras hipóteses diagnósticas. A medicina, que hoje conta com um arsenal de exames laboratoriais muito mais precisos do que aqueles de que Freud dispunha, frente à possibilidade de uma afeção reumática começaria sua investigação descartando a existência de doenças de natureza endócrino-metabólicas, como as de tireoide e as neuropatias diabéticas. Além disso, poder-se-ia contar também com outras ferramentas, como as radiografias e exames mais invasivos, para o diagnóstico diferencial de uma ou outra doença de natureza reumática (BATTISTELLA; MENDONÇA; BALTHAZAR; COSSERMELLI, 1994). Mas, fato é, que apesar da alta recorrência dos distúrbios das partes moles na clínica médica, os exames laboratoriais fornecem poucos subsídios significativos para o diagnóstico e os exames de imagem muitas vezes produzem

informações não necessariamente relacionadas com a sintomatologia do paciente (HELFENSTEIN JÚNIOR, 2010).

Vale considerar que o reumatismo das partes moles não é uma doença em si, mas um conjunto de distúrbios – muitos dos quais não possuem uma causa identificada – que podem ser consequentes a doenças autoimunes, metabólicas, genéticas, processos infecciosos ou hormonais, além de fatores biomecânicos que sobrecarreguem os diferentes tecidos do sistema musculoesquelético (HELFENSTEIN JÚNIOR, 2010). Daí que a exclusão diagnóstica de outros quadros não suprime a necessidade de “[...] tentar identificar e corrigir fatores determinantes e perpetuadores do quadro algico (BATTISTELLA; MENDONÇA; BALTHAZAR; COSSERMELLI, 1994, p. 20)”. Uma tentativa que, de súbito, nos revela o fato de que nem sempre essa identificação de fatores (internos ou comportamentais) será possível e que, conseqüentemente, a terapêutica nem sempre será guiada pelo fator causal, mas baseada no alívio da dor e no controle da condição crônica. Na palavra de Battistella, Mendonça, Balthazar e Cossermelli (1994):

[...] uma abordagem terapêutica adequada é essencial não só para abrandar sintomas, como também para se evitar as alterações mecânicas associadas, que podem eventualmente progredir a "disseminação" dos fenômenos algicos a outros segmentos do corpo [...] Dependendo do quadro, uma analgesia adequada pode ser obtida através do tratamento local com medidas físicas visando analgesia, diminuição do espasmo muscular localizado e propiciando necessária recuperação funcional (BATTISTELLA; MENDONÇA; BALTHAZAR; COSSERMELLI, 1994, p. 20).

Ou seja, interessa restabelecer a condição funcional – talvez pudéssemos falar em termos de normalidade fisiológica – da parte afetada, mesmo que na ausência do reconhecimento dos fatores determinantes da condição patológica. A existência de manifestações psíquicas concomitantes ao adoecimento, aliás, como a depressão, a ansiedade e distúrbios de sono, são consideradas como conseqüências da própria dor crônica, característica dos quadros reumáticos (BATTISTELLA; MENDONÇA; BALTHAZAR; COSSERMELLI, 1994). É o sofrimento do corpo que influenciaria o estado psíquico, sendo que essas mostras de subjetividade parecem ser deslegitimadas como mais um sintoma de uma *entidade* nosográfica que encerraria a verdade sobre a condição do adoecer.

Concluimos, dessa forma, que se os médicos que atenderam a jovem Elisabeth no século XIX pouco tinham a contribuir em relação à origem, função e manutenção do seu quadro doloroso, podemos cogitar que os médicos do século XXI pouco teriam a acrescentar nesse sentido. Parece existir aí uma lacuna do saber médico que é justamente na qual a psicanálise entra em sua investigação. Por isso, cabe registrar que não se trata aqui de criticar a medicina ou de não reconhecer o trabalho fundamental que essa disciplina tem na contemporaneidade. Objetiva-se, longe disso, demonstrar em que medida a escuta

psicanalítica, apoiada em outros pressupostos que não a de uma separação radical entre psiquismo e corpo, permitiu a elaboração de uma outra compreensão sobre o adoecimento físico. Uma compreensão que se liberta das restrições impostas pelo pensamento da clínica médica – interessada somente no sintoma orgânico – ao se atentar à função e ao momento da emergência do adoecer na biografia da pessoa (VOLICH, 2016). Daí que se pode afirmar que as duas áreas do conhecimento, a medicina e a psicanálise, partindo de uma epistemologia diferente, isto é, de um outro lugar de produção de conhecimento, tornam-se incomensuráveis, para utilizar o conceito proposto pelo filósofo da ciência Thomas Kuhn.

Assim, cabe retornar aos primórdios da psicanálise para compreender, junto com o caso da Srta. Elisabeth Von R., como se desenvolveu a escuta diferenciada da psicanálise sobre o corpo e como essa área do conhecimento se colocou em relação ao fenômeno do adoecimento físico.

## 2.2 O CORPO DA *TRANSGRESSÃO* HISTÉRICA

A Srta. Elisabeth Von R. chegou até Freud no outono de 1892, encaminhada pelo médico de sua família que, em dúvida sobre o diagnóstico da paciente, pediu para que ela se consultasse com Freud, não só um colega de profissão, mas também um amigo (FREUD, 1996/1893-1895). Assim, Freud passou a atender Elisabeth, uma jovem que, apesar da suspeita de apresentar um quadro neurótico, não poderia de maneira nenhuma se enquadrar em um caso de degenerescência neurológica, como Freud logo viria a constatar. Antes disso, a moça era talentosa, possuía uma sensibilidade moral preservada, era inteligente e, contrariando o ideal feminino da época, combativa – o que lhe rendeu o título brincalhão de “insolente” pelo pai que, não obstante, a tinha como filha predileta. Elisabeth, além disso, parecia se manter alegre, muito embora sua vida íntima ainda carregasse profundas feridas em decorrência da morte do pai, dos adoecimentos frequentes da mãe, do afastamento da irmã mais velha e da perda precoce da irmã do meio. Evento esse, a partir do qual, as dores nas pernas de que costumava reclamar, intensificaram-se (FREUD, 1996/1893-1895).

Ao longo dos dois anos anteriores, essas dores que sentia teriam se desenvolvido gradativamente. Ainda que, por certo, o problema mudasse de intensidade, por vezes desaparecesse, e tivesse uma localização variável. Seu foco, contudo, era apontado como a parte anterior das coxas, sobretudo da perna direita, região em que os músculos estavam muito mais sensíveis à dor, correspondendo a uma área de hiperalgesia que, amiúde, acabava afetando as pernas inteiras. Interrogando a jovem, Freud (1996/1893-1895) logo descobriu que as dores pioravam quando Elisabeth ficava de pé, comprometendo sua

marcha (que, contudo, não se enquadrava em um tipo patológico reconhecível) e impondo a necessidade de repouso, o que aliviava a dor, mas não a eliminava. Após exame, constatou-se, ainda, que a paciente não apresentava alterações significativas dos reflexos ou da força muscular. Daí a conclusão, de Freud, de que o quadro se assemelhava a uma espécie de fadiga dolorosa e que, devido à ausência de outros sintomas, poderia se tratar de um reumatismo muscular crônico.

Tendo em vista, então, essa hipótese diagnóstica, Freud pôde se deter sobre os fatores que provavelmente despertaram a dúvida, acerca de se tratar ou não de um caso de histeria, no outro médico. Encontrando, nesse sentido, indícios muito interessantes em favor dessa suspeita. Ora, de sua experiência clínica, Freud sabia que quando um paciente apresenta uma doença orgânica sua descrição dos sintomas é geralmente calma e precisa, conseguindo comunicar de forma objetiva fatores como qual é o local dolorido, o intervalo de aparecimento desses sintomas e seus deflagrantes. No caso de Elisabeth, a escuta atenta da paciente revelava que esta descrevia suas dores de uma forma vaga, sem demonstrar o impacto que elas tinham sobre sua vida, ainda que esse fenômeno doloroso fosse tido como importante pela paciente. Dessa maneira, sem se prender e sem abandonar o diagnóstico de reumatismo, que remeteria a dor física de Elisabeth a uma causação orgânica (mesmo que desconhecida), Freud conjecturou que a atenção da paciente – que não parecia se deter sobre sua doença – deveria estar em outro lugar, sendo que as dores por ela reclamadas comporiam um fenômeno acessório relacionado (FREUD, 1996/1893-1895).

Além disso, o exame físico da moça exibiu uma curiosa manifestação: quando tocados os músculos mais doloridos, ao invés dos protestos de dor, Elisabeth gritava como se estivesse tendo uma sensação de cócegas, revelando uma discreta expressão semelhante a de prazer. Incapaz de localizar a dor de forma esclarecedora, a expressão facial da paciente não se adequava aos estímulos dolorosos provocados nos músculos e na pele durante o exame. Daí a hipótese de Freud (FREUD, 1996/1893-1895) de que “[...] provavelmente [as expressões faciais de Elisabeth] se harmonizava mais com o tema dos pensamentos que jaziam ocultos por trás da dor e que eram despertados nela pela estimulação das partes do corpo associadas com esses pensamentos (FREUD, 1996/1893-1895, p. 163)”.

Ora, ao sistematizar tais observações, o que Freud está propondo é que a doença da paciente seria de uma espécie mista. Ele não nega a ocorrência do reumatismo, mas aposta que existe uma ligação indelével entre os sintomas da paciente e a sua história íntima. Ele aposta que, tal como suspeitava seu colega, o caso em questão se tratava de um quadro de histeria e que, portanto, a dor física de que se queixava Elisabeth era usada por ela como uma forma de expressão simbólica. O caráter orgânico do seu sintoma não

apenas não encerraria a totalidade do seu sofrimento como, também, não estaria relacionado apenas com uma lesão orgânica/fisiológica do órgão. Imperaria aí algo que sobrepuja a anatomia patológica, algo de ordem subjetiva capaz de afetar o corpo.

Nesse sentido, observa-se um deslocamento de Freud da postura médica clássica. E isso na medida em que, ao invés do esforço por encontrar a lesão orgânica que justificaria a desordem somática, com vistas a restabelecer o funcionamento fisiológico normal, ele se permitiu pensar nos sintomas de sua paciente como tendo uma causação psicológica, buscando compreender seus sentidos e seus mecanismos. Na prática, Freud deixou de lado a postura médica objetivante, que olha para o paciente em busca de seus sintomas, para se colocar à escuta de Elisabeth, convidando-a a falar exaustivamente sobre si e seu sintoma.

Freud permitiu – tal qual fizera com Elisabeth – que seus pacientes falassem, e ao fazer isso o que ouviu foi o próprio furo no saber médico colocado pelos impasses do corpo histórico. Um corpo, como o de Elisabeth – considerada por Freud como o seu primeiro caso de análise integral de uma histeria –, cuja sintomatologia incidida sobre o corpo não faz necessariamente menção a uma lesão anatômica que a corresponda, questionando assim as bases epistemológicas da medicina (QUINODOZ, 2007). E na verdade mais do que isso. Haja vista que o corpo histórico intrigou a humanidade por pelo menos 4000 mil anos (ÁVILA, 1995), passando pela apreciação de filósofos, inquisidores medievais, teólogos, moralistas e, igualmente, dos médicos, que se questionaram sobre a etiologia de tal afecção: orgânica, psíquica, moral ou espiritual?

A histeria, que se tornou um problema bastante difundido ao longo do século XIX, espantava por seus fenômenos, que não raro se apresentavam de forma espetacular, exagerada, bizarra; fenômenos que se manifestavam e desapareciam sem uma lógica aparente, levando muitos profissionais ao descrédito da histeria enquanto doença (QUINODOZ, 2007). Atitude que, considerada por Freud (1996/1888) como preconceituosa, foi discutida por ele em um verbete à enciclopédia de Villaret. Texto no qual o autor comentou que, se a histeria deixou de ser lançada às fogueiras medievais, sob a prerrogativa de se tratar de uma possessão demoníaca, foi para recair ao ridículo do estatuto de uma simulação ou de um exagero indignos de atenções clínicas.

Sob a influência de Charcot, neurologista francês de La Salpêtrière, que o apresentou aos enigmas da histeria e do hipnotismo (MEZAN, 2011), Freud, porém, estava convicto de que a histeria poderia ser definida enquanto uma neurose, ou seja, acima de tudo, seria um tipo de doença, constituindo uma categoria nosográfica própria. Especificamente, as neuroses seriam alterações significativas do sistema nervoso, baseadas em modificações fisiológicas que interfeririam nas condições normais de excitabilidade desse sistema. Dentre as neuroses, a histeria constituiria um quadro clínico



circunscrito. Sua sintomatologia, diversificada, mas não infinita, foi descrita por Freud (1996/1888) principalmente em termos de ataques convulsivos, presença de zonas histerógenas (áreas muito sensíveis do corpo que, uma vez manipuladas, poderiam levar ao desencadeamento de um ataque por parte do paciente), distúrbios da sensibilidade, distúrbios da atividade sensorial, paralisias e contraturas, além de sintomas de ordem psíquica, como alterações no curso e na associação de ideias, inibições da vontade, exagero e repressão de sentimentos. Essas manifestações sintomáticas sempre tenderiam ao excesso: uma paralisia ou anestesia hísticas, disse Freud (1996/1888), facilmente se tornarão absolutas, uma dor será descrita como excepcionalmente dolorosa e uma contração muscular alcançará a maior retração possível do músculo.

Além disso, já se havia percebido que os sintomas físicos da histeria não obedecem à estrutura do sistema nervoso. Ao passo em que uma doença orgânica sabidamente se refletiria na anatomia do sistema nervoso central, o sintoma hístico acometeria o corpo conforme a compreensão comum que se tem sobre ele. Assim, um paciente pode apresentar uma paralisia completa do braço, mas manter a perna do mesmo lado intacta, o que não se veria no caso de uma afecção cerebral verdadeira. Impera na histeria o corpo da representação, e não o corpo anatômico, fazendo cair por terra o ímpeto de encontrar uma lesão física que justificasse os sintomas hísticos (FREUD, 1996/1888). Como se o corpo, na histeria, transcendesse sua organicidade, estando sujeito a determinações de uma outra ordem.

Seja como for, vale notar que não é uma explicação psicológica para a histeria que se destaca nos primeiros textos de Freud. Nesse pequeno verbete de enciclopédia, de 1888, o autor enfatizou, antes, o suposto elemento hereditário como o fator etiológico da afecção hística, deixando em segundo plano as condições do meio, como traumas, luto, intoxicação ou a própria sexualidade, que poderiam exercer alguma influência quanto à irrupção dos sintomas. Embora admitisse que na histeria existiria uma exacerbação da influência do psiquismo sobre processos físicos, e que, ademais, os sintomas hísticos poderiam estar vinculados a pensamentos de ordem inconsciente, aos quais nem mesmo o paciente teria acesso diretamente, Freud (1996/1888) estava mais disposto a considerar a histeria como uma anomalia constitucional, cuja perversão moral seria expressão de uma degeneração do sistema nervoso central. A sintomatologia desse distúrbio seria atribuída a excessos de excitação do sistema nervoso, distribuídos em função de ideias, conscientes ou inconscientes. Em suma, Freud estava respondendo à sua formação como médico neurologista, posição influenciada pela corrente positivista em voga na época, que esperava encontrar no quadro das ciências naturais, isto é, no arranjo de forças físico-químicas, a explicação para os processos psicológicos (WINOGRAD; MENDES, 2009).

É sob essa perspectiva, portanto, que o *Estudos sobre a Histeria*, escrito em conjunto com o então colega de profissão, Josef Breuer, foi revolucionário. Considerada como a obra imediatamente precursora da psicanálise (FREUD, 1996/1893-1895), foi construída com base em mais de dez anos de achados clínicos (QUINODOZ, 2007), que permitiram aos dois autores se posicionarem de maneira abertamente favorável à localização da histeria como uma afecção psicológica. Um posicionamento que mudará completamente a concepção de Freud sobre o corpo, dada a descoberta de que manifestações somáticas – o espetáculo dos sintomas histéricos – poderiam estar sob a determinação de mecanismos psíquicos, e não da lesão dos órgãos buscada insistentemente pela medicina. Fato que justificaria a eficácia do método hipnótico e demonstraria, amiúde, a importância dos fatores externos na eclosão do adoecimento (MEZAN, 2011).

Pode-se afirmar que os achados clínicos sistematizados no *Estudos sobre a Histeria*, permitiram a conclusão de que os sintomas histéricos possuem um sentido que é ditado por pensamentos que não alcançam a consciência de forma direta; pensamentos inconscientes. Conforme explicou Freud (1996/1893-1895), a investigação sobre a etiologia desses sintomas mostrou que não é possível alcançar seu ponto de origem pela interrogação imediata ao paciente. Uma vez questionado sobre como se deu o início do sintoma, geralmente o paciente não é capaz de relacionar esse sintoma a um evento desencadeante. Porém, para o espanto de Freud e Breuer, descobriu-se que o questionamento sob hipnose, da origem dos fenômenos histéricos, conduzia a uma resposta e à eliminação temporária da manifestação sintomática. Demonstrando-se que, em alguma medida, relembrar a experiência desencadeadora e poder verbalizá-la condizia a um efeito terapêutico.

Deve-se perceber que, para os autores, mesmo sob a negativa do paciente quanto a se lembrar da origem dos seus sintomas, essa lembrança existe e é ela quem opera a manutenção do fenômeno sintomático, como um corpo estranho não integrado ao restante de aparelho psíquico (FREUD, 1996/1893-1895). Dessa forma, defendeu-se que a abordagem dos sintomas histéricos deveria ser no sentido de identificar essa lembrança inconsciente, considerada traumática, para reintegrá-la à cadeia associativa normal. Procedimento que se valia de uma modificação do método hipnótico de Charcot, que visava à eliminação sintomática pela sugestão direta, em favor do questionamento, ao paciente hipnotizado, do evento inicial ou, melhor dizendo, do trauma psíquico desencadeante do sintoma. O trauma compreendido aqui enquanto uma experiência que poderia invocar afetos de natureza aflitiva e que, logo, ficaria de fora do fluxo associativo convencional (FREUD, 1996/1893b).

A essa modificação do método de Charcot, inventada por Breuer, chamou-se de Método catártico, pressupondo-se que a força desencadeante dos sintomas histéricos seria uma representação psíquica de caráter traumático, isto é, de grande carga emocional, cujo afeto correspondente não teria sido ab-reagido no momento da ocorrência. Em outras palavras, o método considerava que uma emoção substancial precisou ser subjugada, impedindo-se sua descarga por meios normais, como acontece na expressão de emoções por meio de palavras ou atos (FREUD, 1996/1910[1909]). Assim, essa representação, de forma inconsciente, manteria sua influência na forma do sintoma até que o afeto em questão encontrasse uma saída pela fala, o que permitiria reintegrar a representação que se tornou inconsciente na cadeia associativa; em outros termos, permitiria reintroduzir a representação traumática na consciência (FREUD, 1996/1893-1895). O sintoma físico, portanto, seria consequência de um processo psíquico inconsciente e, para sua remissão, precisaria ser transformado novamente em linguagem, isto é, a representação que o anima precisaria se transformar novamente em um conteúdo consciente (WINOGRAD; MENDES, 2009).

Subjacente à produção sintomática, logo, estaria a ideia de que o aparelho psíquico se defende da representação que se mostrou incompatível com a vida psíquica do sujeito que caiu doente. Conforme foi argumentado no texto de 1894, *As neuropsicoses de defesa*, o traço mnêmico e o afeto deixados pela experiência traumática, não são removíveis do aparelho psíquico, que então se empenha para retirar dessa lembrança as excitações que lhe são concernentes. Na medida em que esse processo, que foi nomeado de *defesa*, é bem-sucedido, a lembrança já não seria capaz de se entrelaçar em associações conscientes, mas o afeto a ela vinculado necessitaria ser desviado. No caso da histeria, esse desvio se direcionaria ao soma, provocando um sintoma de caráter físico, em um processo que se chamou de conversão histérica (FREUD, 1996/1894). Daí que, acreditava-se, a conversão histérica, seria sensível ao método catártico, na medida em que esse promoveria a união da emoção suprimida com a representação que fora tirada do fluxo associativo consciente. Como se existisse aí, nos disse Freud (1996/1910[1909]) um pouco mais tarde, uma expressão exagerada de emoções que se desvia pela inervação somática, impedida que está de se descarregar pela fala.

Ora, ao defender esse mecanismo, o que Freud está fazendo é um afastamento das teses de Charcot sobre a histeria, teses que ainda defendia no texto de 1888. Para esse último autor, deve-se lembrar, o sintoma histérico seria consequência de uma degeneração do sistema nervoso, precipitado por um evento que, então, libertaria o sintoma. Ainda que algo da vida psíquica, portanto, pudesse funcionar como o gatilho na aparição do sintoma, esse seria atribuído à disfunção fisiológica; o sintoma físico da histeria ainda teria uma causação na biologia. Freud, por sua vez, ao apostar na tese de que o trauma aparece

como um elemento estranho ao sistema psíquico que determina a aparição do sintoma, posiciona-se favorável a uma explicação psicológica para a histeria. O sintoma deixa de ser considerado apenas como uma degeneração neurológica, sendo compreendido como consequência de um trauma atuante. Um trauma que é de ordem psicológica e que pode encontrar resolutividade no âmbito da própria vida psíquica. A existência de um fator hereditário, embora não seja negado pelo autor, perde importância para a influência do meio – os eventos traumáticos – no adoecimento. Se a etiologia da morbidade histérica pode ser localizada em uma disposição genética, a causa dos sintomas segue um mecanismo puramente psíquico, tal qual o próprio autor asseverou já no ano de 1893, em um conferência intitulada *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, “[...] as razões imediatas do desenvolvimento dos sintomas histéricos devem ser buscadas na esfera da vida psíquica (FREUD, 1996/1893a, p. 37)”. O que não deixa de significar que o autor, afastando-se da tese cartesiana, passou a considerar o corpo como suscetível a causalidades não biológicas.

Deve-se lembrar que Freud sabia que um sintoma histérico podia ser mimetizado por uma sugestão verbal, levando-o à conclusão lógica de que o trauma psíquico tem a mesma natureza de uma sugestão. Dito de outro modo, o trauma psíquico não deixa de ser uma ideia, possuindo uma natureza puramente verbal, puramente psíquica (FREUD, 1996/1893b). O que significa que, para Freud, o sintoma histérico, que pode ser um vômito, que pode ser uma nevralgia, que pode ser uma convulsão, em suma, algo que se mostra no somático, tem como origem um pensamento. O sintoma físico da histeria, nos dirá o pai da psicanálise, funciona como o símbolo mnêmico do pensamento que permaneceu oculto, atuando como um trauma; funciona como o símbolo mnêmico de uma lembrança suprimida (FREUD, 1996/1893-1895). Constatação que, diga-se de passagem, deu origem a uma das mais belas frases da obra freudiana, a saber, “Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências (FREUD, 1996/1893b, p. 240)”.

Nesse sentido, é válido notar que se Freud já se desviava da postura médica clássica, sua aposta no caráter simbólico do sintoma, complexifica a questão. Já não se trata, pois, da defesa de uma simples influência mente e cérebro, em que um excesso traumático desencadearia um sintoma físico aleatório. Segundo o autor, o sintoma físico na histeria está em estreita conexão com o trauma que o desencadeou, estabelecendo com ele essa relação de símbolo (FREUD, 1996/1893a). Nas palavras do próprio autor,

[...] há uma experiência afetivamente marcante por trás da maioria dos fenômenos da histeria, se não de todos; e mais, que essa experiência é de tal ordem que torna imediatamente inteligível o sintoma com que se relaciona, mostrando uma vez mais, por conseguinte, que o sintoma é inequivocamente determinado (FREUD, 1996/1893a, p. 40).

Dessa forma, Freud ilustrou que um vômito ou uma anorexia de causa histérica podem ter seu fator causal encontrado, por exemplo, na associação entre um afeto violento sofrido antes de uma refeição ou, ainda, no ato de compartilhar a mesa com alguém que não se suporta, transferindo-se o afeto de repulsa pela pessoa para os alimentos (FREUD, 1996/1893a). Mais tarde, a esse respeito, Freud (1996/1910[1909]) falará que os sintomas histéricos nada mais são do que símbolos e resíduos mnêmicos de experiências traumáticas. Em outras palavras, é como se o corpo preservasse a experiência impedida de alcançar à consciência; é como se o corpo se lembrasse ou, ainda, fosse cúmplice do afeto condenável, permitindo o deslocamento de sua expressão para o campo do somático: se não seria educado recusar uma refeição junto àquele a quem se abomina, é justificável deixar a mesa na medida em que se está com ânsias de vômito. Ao se debruçar sobre o discurso dos histéricos, torna-se inevitável escutar sobre essa plasticidade corporal, em que o organismo físico deixa de responder apenas à sua função biológica para se inserir em uma lógica da cultura; submeter-se ao universo verbal.

Melhor do que esses exemplos, contudo, talvez seja o próprio caso de Elisabeth Von R., a moça com dores nas pernas convidada a contar sua história para Freud. A jovem, que não era hipnotizável, foi instruída a falar abertamente sobre o que sabia de seu adoecimento, a fim de se alcançar paulatinamente o conteúdo psíquico relacionado aos sintomas, resultando-se disso um longo relato que apresentou uma série de experiências desagradáveis (FREUD, 1996/1893-1895). A começar, mais superficialmente, pela narrativa de suas relações familiares.

A Srta. Von R. relatou a Freud (1996/1893-1895) que sempre fora muito apegada aos pais, sendo a mais jovem de três filhas. Porém, devido aos adoecimentos frequentes da mãe – por problemas nervosos e uma afecção ocular – Elisabeth se viu mais próxima do pai, que em decorrência da personalidade da jovem, a via no lugar de um filho, com quem se sentia à vontade para conversar. Daí, talvez, o próprio descontentamento da moça com o fato de ser mulher e sua relutância em assumir ou aceitar os estereótipos femininos da época. Daí, também, a atitude de Elisabeth diante do adoecimento do pai, tendo assumido a liderança de seus cuidados ao ocupar o lugar da própria mãe à cabeceira do doente, mesmo que na época já sentisse esporadicamente algumas dores nas pernas.

Quando a morte inevitável do pai finalmente se deu, Elisabeth, ao invés de se dedicar à sua vida pessoal, viu-se na incumbência de cuidar da mãe fragilizada. O que não a impediu de tomar consciência do estado de solidão e desamparo em que estava. Seus próprios sentimentos em relação ao matrimônio, se outrora negativos, sofreram uma transformação, que em parte se deu em virtude do feliz casamento de sua irmã. Uma união que agradou a toda sua família e que lhe rendeu um sobrinho que era adorado pela moça.

Durante um passeio de férias, em que a família se reuniu em uma estação de águas, a moça relatou a irrupção das dores nas pernas, que agora se tornariam crônicas. Como tratamento, sugeriu-se que a paciente tentasse a hidroterapia e, assim, ela partiu com a mãe para realizar o procedimento nos Alpes austríacos. E foi assim, longe de casa, que receberam a notícia de que a irmã de Elisabeth, grávida do segundo filho, achava-se de cama em um estado crítico.

Às pressas para chegar em casa, Elisabeth relatou sentir dores lancinantes no percurso de trem, sendo que quando finalmente ela e sua mãe chegaram à casa da irmã da paciente, a tragédia já havia se dado, com a irmã morrendo antes da possibilidade de uma despedida. O marido da irmã, responsabilizado pelo acontecimento, ficou inconsolável com a morte da esposa e, levando consigo o filho primogênito, afastou-se da família de Elisabeth. Um afastamento que teria deixado a moça mais sozinha do que nunca, passado cerca dos dezoito meses subsequentes praticamente em reclusão. Suas ocupações estariam voltadas quase que exclusivamente para os cuidados endereçados à mãe e a suas próprias dores.

Até aqui, pensando-se na tese freudiana apresentada, é válido afirmar que o relato da paciente, embora trágico, não esclarecia nem as causas e nem uma possível determinação de sua sintomatologia, não produzindo, além disso, nenhuma melhora do sintoma (FREUD, 1996/1893-1895). Logo, Freud conjecturou que ainda não se tinha alcançado o núcleo patogênico – o corpo estranho no aparelho psíquico –, pedindo à moça que continuasse a lhe contar tudo o que lhe viesse à mente, pressionando sua testa para instigá-la a pensar sobre o surgimento de suas dores nas pernas.

Dessa forma, a moça então relatou que lhe ocorria a lembrança de um jovem por quem estivera enamorada na época do adoecimento do pai. Um dia, instigada pela família à participar de uma festa em que o rapaz estaria, ao voltar para casa Elisabeth encontrou o pai em uma situação pior do que estava quando ela se ausentara, de forma que a moça precisou redobrar suas atenções para com ele, deixando de lado os aspectos de sua vida pessoal e acabando por perder contato com o jovem de quem gostava. Situação que, pensou Freud (1996/1893-1895), poderia sugerir a existência de um mecanismo de conversão, decorrente de representações conflitivas entre um sentimento excitante de alegria, pela companhia do rapaz, e os sentimentos relacionados ao agravamento do quadro do pai. Sob autocensuras, portanto, Elisabeth deveria ter recalcado o conteúdo erótico de seu desejo, conteúdo que era incompatível com os deveres que precisa dispensar ao pai doente, represando, dessa forma, o afeto que agora era convertido em dores nas coxas, o mesmo local em que o pai de Elisabeth se apoiava enquanto a filha lhe trocava os curativos.

Freud (1996/1893-1895) considerou esse como o primeiro mecanismo de conversão, descobrindo que as dores nas pernas de Elisabeth não constituíam um único sintoma, mas vários, em uma dinâmica na qual as dores logo se tornaram balizadoras do próprio tratamento:

Além disso, suas pernas doloridas começaram a “participar da conversa” durante nossas sessões de análise. O que tenho em mente é o seguinte fato notável: em geral, a paciente estava sem dor quando começávamos a trabalhar. Se então, por meio de uma pergunta ou pela pressão na sua cabeça, eu despertava uma lembrança, surgia uma sensação de dor, e esta era comumente tão aguda que a paciente estremecia e punha a mão no ponto doloroso. A dor assim despertada persistia enquanto a paciente estivesse sob a influência da lembrança; alcançava seu clímax quando ela estava no ato de me contar a parte essencial e decisiva do que tinha a comunicar, e com a última palavra desse relato, desaparecia. Com o tempo, passei a utilizar essas dores como uma bússola para minha orientação: quando a moça parava de falar mas admitia ainda estar sentindo dor, eu sabia que ela não me havia contado tudo e insistia para que continuasse sua história, até que a dor se esgotasse pela fala. Só então eu despertava uma nova lembrança (FREUD, 1996/1893-1895, p. 172-173).

Dessa maneira, não sem a insistência de Freud (1996/1893-1895), que logo percebeu que a moça parecia apresentar resistências ao relatar certas passagens de suas memórias, as lembranças de Elisabeth convergiram para o dia em que, de férias com a família, fez o passeio a partir do qual suas dores se tornaram mais proeminentes. Tal como recordou a paciente, no dia do passeio seu cunhado não se mostrara compelido a realizar a caminhada, preferindo se manter junto à esposa adoecida, mas instigado por essa resolveu acompanhar a cunhada, realizando com ela um longo passeio no qual puderam conversar mesmo sobre os assuntos mais íntimos. A partir dessa conversa, Elisabeth tomou consciência sobre como se sentia esgotada e solitária. Percebeu que apesar de suas convicções, ansiava pela companhia de um parceiro. Ansiava, na verdade, ser tão feliz como sua irmã, cujo matrimônio lhe parecia um exemplo. Prosseguindo em seu relato, suas atenções se detiveram então no dia em que, às pressas rumo ao leito da irmã, chegou tarde demais para a encontrar viva. Lembrou-se da caminhada até a porta da casa, da ausência do cunhado no recinto em que o corpo da irmã jazia e de um pensamento sombrio que lhe passou na cabeça durante a ocasião: “Agora ele está livre novamente e posso ser sua esposa (FREUD, 1996/1893-1895, p. 180)”.

Ora, Freud (1996/1893-1895) finalmente havia encontrado a representação incompatível que estava na gênese dos sintomas histéricos de Elisabeth, que por meio da conversão isolava um grupo de excitações do aparelho psíquico, transformadas então na sintomatologia física. Elisabeth estava apaixonada pelo cunhado. Um enamoramento que, em decorrência de seu senso moral, era incompatível com suas representações sobre si mesma, de forma que seu aparelho psíquico precisou se defender dessa percepção

traumática que logo passou a funcionar como um corpo estranho, impedida de se associar conscientemente à cadeia de pensamentos. Nas palavras do autor,

É-nos lícito admitir como certo que esta idéia [os sentimentos pelo cunhado], denunciando-lhe à consciência o intenso amor que sem o saber tinha ao cunhado, foi logo entregue à repressão pelos próprios sentimentos revoltados. A jovem adoeceu com graves sintomas histéricos e quando comecei a tratá-la tinha esquecido não só aquela cena junto ao leito da irmã, como também o concomitante sofrimento indigno e egoísta (FREUD, 1996/1910[1909], p. 40).

O esquecimento de Elisabeth, acerca do pensamento que teve em relação ao cunhado, é uma forma de defesa, que ao passo em supprime a representação mental intolerável, tornava possível o mecanismo de conversão, manifesto na intensificação do adoecimento físico da moça. Colocava assim a paciente em uma situação muito particular de saber e não saber ao mesmo tempo. A perna, escolhida como o destino da conversão por uma simbologia rica entre o local em que o pai repousava a perna intumescida nas coxas de Elisabeth<sup>2</sup>, a caminhada que realizou junto com o cunhado e que intensificou seu interesse erótico em relação a ele e o próprio sentimento de desamparo que a moça sentia, vendo-se incapaz de avançar na vida. Assim, defendeu Freud (1996/1893-1895), as determinações inconscientes da simbolização não necessariamente teriam criado o distúrbio funcional das pernas da paciente, mas se utilizariam desse distúrbio como uma forma de expressão.

Pode-se perceber, conseqüentemente, como o sintoma histérico, que se incide sobre o corpo, não é aleatório e seu sentido é encontrado justamente na história de vida da pessoa. Existe no sintoma um fato biográfico do qual a pessoa não toma consciência, mas seu corpo sim; o estômago histérico que regurgita é um estômago que pode estar expressando uma repulsa; as pernas de Elisabeth que doem impedem-na de ir *longe demais*. O corpo que a conversão histórica revela é, em suma, um corpo que se lembra, um corpo que se empresta à expressão simbólica de um afeto com intensidade traumática. É um corpo que, portanto, não se reduz a sua funcionalidade orgânica, transgredindo-a ao dar voz a processos inconscientes (LINDENMEYER, 2012).

Impera aqui a ideia de complacência somática, ou seja, de que podem existir pontos de fragilidade no corpo que são utilizados – ou privilegiados – para a manifestação de conflitos inconscientes. O que significa que, para a psicanálise, não se trata de excluir uma determinação orgânica no sintoma histérico, mas de compartilhar essa determinação com aspectos psíquicos (WINOGRAD; MENDES, 2009). É afirmar que o corpo, para a psicanálise, não está sujeito apenas a causalidades físicas, sendo transpassado pela

---

<sup>2</sup> Elisabeth renovava, todas as manhãs, as ataduras de uma das pernas do pai que ficavam inchadas. Para tanto, apoiava a perna do pai nas suas coxas para realizar o procedimento.



linguagem. O corpo na conversão histérica revela sua dimensão plástica, capaz de se emprestar ao psiquismo para dar forma ao sintoma (LINDENMEYER, 2012). Para dar forma, em última instância, aos processos inconscientes. Por isso, vale reforçar, a inteligibilidade dos sintomas conversivos não reside apenas na anatomia, uma vez que esse corpo responde também à função imaginária, responde ao valor simbólico que lhe é atribuído pela cultura e no qual se baseia a expressão de aspectos inconscientes (WINOGRAD; MENDES, 2009).

Ao ouvir o relato da dor física de sua paciente, portanto, Freud também estaria ouvindo seus conteúdos inconsciente, estaria ouvindo a história do sofrimento psíquico dessa jovem. Da moça cujas pernas transgrediram sua função biológica para se comunicar diretamente com ele através de dores, passando a direcionar o tratamento e a conduzi-lo ao seu segredo mais bem guardado. Um segredo guardado às custas da própria fragmentação do psiquismo<sup>3</sup> (que acreditava então o autor se tratar de um fenômeno patológico e próprio à histeria). Se de fato se tratava de um reumatismo, então o reumatismo de Elisabeth parecia gritar por ela os afetos relacionados a um amor interditado.

É aí, conseqüentemente, que a barreira firme imposta pelo cartesianismo clássico, na tentativa de separar mente e corpo, mostra-se porosa. Não se trata, na obra freudiana, de um monismo entre soma e psíquico, mas a separação nítida entre as duas classes se mostra complexa. Se a clínica médica contemporânea é baseada na ideia de lesão, os impasses com que se deparou Freud frente à afecção histérica o levaram a conjecturar a ideia de que uma manifestação física, que já está posta, pode ser dotada – e responder enquanto tal – de sentido. Logo, o corpo não poderá mais ser visto como uma maquinaria funcional se, ao adoecer, o que pode entrar em jogo é a própria biografia do sujeito. Se o trauma, cuja natureza é verbal, semelhante a da sugestão, é o que causa o sintoma, a lesão que o subjaz é da ordem da palavra, mesmo que sua manifestação seja expressamente biológica. O corpo, pode-se afirmar, é atravessado pela fala e seus sintomas não se referem necessariamente a lesões orgânicas, podendo possuir sentidos que se relacionam com os processos psíquicos que eles expressam (WINOGRAD; MENDES, 2009).

Não é demais reforçar, dessa maneira, que a descoberta dos mecanismos subjacentes à conversão histérica produziu uma ruptura como o corpo tal como apreendido pela medicina. Trata-se agora de um corpo plástico e inscrito em uma ordem simbólica. Mas, tais contribuições não esgotam a totalidade do tema. Na verdade, estamos diante de um longo processo de desenvolvimentos teóricos. Desenvolvimentos que ganharão força em decorrência do gradual abandono do método catártico por Freud que, em seu lugar,

---

<sup>3</sup> Freud chamará de *dissociação histérica* essa suposta divisão da consciência que creditava aos fenômenos histéricos.

inaugurará um método único, fundado na livre associação, por parte do paciente, em contrapartida à técnica da atenção livremente flutuante, por parte do médico – ou psicanalista. Por ora, basta apontar que falta, a esse primeiro momento da obra freudiana, elementos necessários para explicar a passagem entre psíquico e somático. Sobre como se fundamentaria essa ligação. E tal resposta, que inaugurará uma compreensão mais aprofundada sobre o corpo, Freud começaria a descobrir na sexualidade; na sexualidade infantil.

### 2.3 A EROGENEIDADE CORPORAL

Elisabeth estava bem. Apesar de dores leves e ocasionais nas pernas, o colega que apresentara o caso a Freud foi firme em considerá-la curada. Na primavera de 1894, aproximadamente dois anos após o atendimento da jovem, o próprio Freud teve o prazer de encontrá-la muito feliz, dançando animadamente em um baile. E as notícias posteriores, não menos positivas, informavam que Elisabeth se casara por vontade própria com alguém que Freud não conhecia (FREUD, 1996/1893-1895).

Pode-se dizer, portanto, que Freud acertara em diagnosticar Elisabeth como histérica, apostando que suas manifestações somáticas não se tratavam apenas de alterações físicas, mas que seu corpo, por meio do mecanismo de conversão, subvertia sua função orgânica para dar voz à sua vida emocional inconsciente. Em outras palavras, o autor parecia certo ao apostar na plasticidade do corpo, na sua capacidade de expressão simbólica (por meio da associação entre o local e a forma do sintoma) e o afeto oculto que deveria estar por trás dele.

Os achados clínicos da histeria, logo, conduziram à concepção, nunca abandonada pelo autor, de que o corpo possui uma dimensão simbólica, passando, em alguma medida, pelo intermédio da palavra. O que Freud não sabia, até então, é que sua concepção econômica sobre o sintoma histérico, que o atribuía ao trauma psíquico, precisaria ser revista. Pois, percebeu o autor, não era qualquer afeto que se mostrava à mercê da conversão histérica. O que estava em jogo, na verdade, era a própria sexualidade da pessoa. E, se isso é claro no caso de Elisabeth, em cuja análise se evidenciou um conflito de ordem sexual – o amor proibido que a moça endereçava a seu cunhado – ainda não era óbvio para o autor *a qual* sexualidade o sintoma histérico era remetido.

O corpo, conforme descobrirá Freud, é desde o princípio um corpo erógeno, cuja sexualidade, em sua forma ainda infantil, será de suprema importância para a organização posterior do indivíduo, seja em esquemas de saúde psíquica ou seja em esquemas de adoecimento. Nesse último cenário, estaria o caso das neuroses, situação em que o corpo

subverteria o órgão como uma forma substituta de prazer sexual. O que significa afirmar que o sintoma histérico não está mais remetido necessariamente à expressão de um trauma, mas à expressão de desejos sexuais infantis.

Tal elaboração, que acrescenta uma complexidade ímpar ao nosso objetivo de compreender o corpo na visão psicanalítica, faz parte de um longo processo percorrido por Freud, cuja origem remonta suas primeiras descobertas acerca da histeria pelo método catártico. E o caso de Elisabeth parece fundamental nesse caminho. Não que o caso em particular tenha revelado aspectos que outros casos não tenham, mas o aparente sucesso de sua primeira análise integral de histeria parece ter muito entusiasmado Freud, ainda no começo de sua carreira como psicanalista, a insistir no método e no seu pressuposto fundamental, de que existem conteúdos sendo processados de forma inconsciente pelo psiquismo.

Para compreendermos, portanto, a descoberta da sexualidade infantil, precisamos relembrar, conforme Freud (1996/1893-1895) dissertou no próprio caso de Elisabeth, que o método catártico interrogava o sintoma corpóreo, no sentido de descobrir sua origem e desvelar nela a expressão simbólica, o *símbolo mnêmico*, da experiência desencadeadora. O sintoma, logo, seria determinado pelo evento traumático, que assim deveria possuir tanto a adequação necessária para funcionar como o determinante do sintoma, quanto a força traumática necessária (FREUD, 1996/1896). Características que, para grande decepção de Freud (1996/1896), não se mostraram tão frequentes na experiência prática. Antes disso, utilizando-se exaustivamente o método catártico em casos de histeria, o que o autor percebeu foi que na grande maioria das vezes a cena primeva, isto é, aquela que parecia diretamente relacionada à aparição do sintoma, ou não era adequada em sentido e conteúdo para a sua determinação, ou não possuía a força traumática para a ocorrência do sintoma. Amiúde, essas duas situações se mostravam presentes (FREUD, 1996/1896).

Em suma, pode-se dizer que as primeiras lembranças que o método catártico tendia a revelar não eram as experiências traumáticas de fato. Mas, e isso Freud viria a descobrir por sua própria insistência na utilização do método, essas lembranças poderiam estar relacionadas com outras, mais antigas, que funcionariam na determinação dos sintomas. A experiência traumática, alojada no passado, ligar-se-ia por associações a outras lembranças, formando complexas cadeias associativas que iam se revelando lentamente, através da catarse, em uma ordem cronológica invertida. Isto é, a análise de diferentes cadeias associativas separadas mostrava que as cadeias convergiam entre si, sendo que diferentes sintomas eram formados conforme se ligavam a detalhes divergentes dessas cadeias (FREUD, 1996/1896). Daí que se pode afirmar que nenhuma manifestação histérica surge de uma experiência isolada (MEZAN, 2011). Se uma reação histérica parece

exagerada, ela parecerá lógica se remetida à lembrança traumática original, a qual está ligada por meio da cadeia associativa (FREUD, 1996/1986).

O achado clínico mais importante de Freud (1996/1986), todavia, foi a percepção de que as experiências traumáticas que estavam na origem do sintoma histérico necessariamente eram do âmbito da sexualidade. Se a história e os sintomas apresentados pelos pacientes eram muito desiguais entre si, retrocedendo-se na vida psíquica dessas pessoas o que Freud encontrou foi núcleos relativamente homogêneos de experiências desencadeadores da sintomatologia apresentada. Experiências sexuais.

Tal observação clínica, porém, não se esgotou por aí. Se é verdade que todos os casos de histeria examinados por Freud (1996/1896) apontavam em direção a uma etiologia sexual, a escuta atenta dos pacientes também sinalizava para o período em que essa experiência sexual, com efeitos traumáticos, teria acontecido. De associação em associação, o trauma era remetido a um passado cada vez mais distante, alcançando o período da puberdade e retrocedendo além, até os primeiros anos da infância. Invariavelmente, a etiologia da histeria foi localizada por Freud na pré-história da vida do paciente (FREUD, 1996/1896; 1898; 1906; 1914a; 1925[1924]). E, assim, questionou-se Freud (1996/1896), se a infância seria um momento anterior ao desenvolvimento da sexualidade, como poderia abrigar impressões sexuais traumáticas?

A hipótese que Freud conjecturou deu origem à “Teoria da sedução”, que foi adotada pelo autor por um curto período, entre 1893 e 1897 (QUINODOZ, 2007). Sua tese era de que na origem da histeria existiria uma experiência de sedução real, engendrada a uma criança por um adulto ou por uma criança mais velha, que envolvesse algum tipo de estimulação física recebida passivamente pela criança seduzida. Essa, incapaz ainda, em virtude de sua imaturidade sexual, de atribuir emoções sexuais ao ocorrido, conviveria com a lembrança da experiência sem demais inconvenientes até o momento em que, já na puberdade, seria capaz de ressignificar a experiência vivida na infância, que então adquiriria um impacto traumático sobre o aparelho psíquico (QUINODOZ, 2007).

A verdade, porém, é que Freud logo percebeu que essas experiências de sedução, que eram relatadas pelos pacientes, não eram necessariamente factuais. Quer dizer, eram verdadeiras para a realidade psíquica daqueles que a narravam, o que significaria que a mera fantasia dessas experiências, originadas na infância, cumpririam por si só o papel traumático, atuando no desencadeamento posterior dos sintomas (QUINODOZ, 2007). Por isso, em correspondência com Fliess, Freud comentou que “Não acredito mais em minha neurótica (FREUD, 1986/1897, p. 265)”. Isto é, já não podia mais sustentar que a experiência precoce de sedução estaria na etiologia da afecção histérica. Antes disso, o autor passou a estranhar a frequência com que os pais eram acusados de perversão,

passando a enxergar nessas acusações a impossibilidade de distinção, em termos inconscientes, da realidade e da fantasia (VIDAL, 2010).

Dessa maneira, Freud percebeu que algumas fantasias de caráter sexual já acompanhavam seus pacientes desde o período da infância, sem se constituírem como fruto da sedução de alguém mais experiente. Logo, a ideia da sexualidade como algo que afloraria apenas na puberdade, precisaria ser revista. Se a Teoria da Sedução não se mostrou verídica, ela foi importante por apontar, justamente, para a sexualidade infantil. Aposta, essa sim, que viria a transformar toda a obra posterior de Freud e que é de suma importância para uma compreensão psicanalítica do adoecimento físico.

Por ora, vale se ater ao fato de que a Teoria da Sedução reforça a ideia do mecanismo do recalque (QUINODOZ, 2007), um conceito tão fundamental à psicanálise que Freud (1996/1914a) o considerava como sua base. Impera, a partir de então, a ideia de que a mesma força que opera como resistência, impedindo que o conteúdo esquecido ascenda à consciência, é também a força que retira de cena o conteúdo indesejado (FREUD, 1996/1910[1909]). Conteúdo que, diga-se de passagem, já não é bem um conteúdo. Com a descoberta de que fantasias de caráter sexual atuam desde muito cedo no aparelho psíquico, o que Freud percebe é que o recalque recai não sobre lembranças, mas sobre impulsos de caráter sexual. Impulsos que partem da própria criança e que, assim, torna desnecessária a hipótese de que um trauma externo teria acontecido e determinado a formação das cenas de sedução (MEZAN, 2011). Dessa maneira, a ideia de trauma, como cerne da formação sintomática neurótica, é substituída pela noção de conflito. Um conflito entre os impulsos sexuais da pessoa e suas resistências à sexualidade (FREUD, 1996/1925[1924]).

Aqui, vale notar, a escolha pelo termo “neurose” ao invés de “histeria” não é acidental. Já em 1898, recém abandonada a Teoria da Sedução, Freud afirmou, em *A sexualidade na etiologia das neuroses*, que o fator sexual era a causa subjacente não apenas da afecção histérica, mas de toda as neuroses. Diferenciando-se aqui as psiconeuroses, representadas basicamente pela histeria e pela neurose obsessiva, cujas origens remontariam ao recalque de precipitados sexuais infantis, das neuroses atuais, representadas pela neurastenia e pela neurose de angústia<sup>4</sup>. No caso dessa última classe, sua etiologia não estaria no passado, mas em atividades de caráter sexual praticadas no presente – daí a denominação de *atuais* –, como o excesso de masturbação, no caso da neurastenia, e a repetição de satisfações sexuais incompletas, no caso da neurose de angústia (FREUD, 1996/1898). Ou seja, embora se conjecture que todas essas classes

---

<sup>4</sup> Ao longo de sua obra, Freud também incluirá a hipocondria como representam da classe das neuroses atuais, tal como acontece na Conferência *O estado neurótico comum*, de 1916-1917.

estejam relacionadas a desordens da sexualidade, no caso das neuroses atuais o fator sexual somático contemporâneo é preponderante, ignorando-se aí o papel desempenhado pelo recalque ou por outros fatores psíquicos (FREUD, 1996/1910a).

Como uma nota, pode-se adiantar que tal classificação, de neuroses atuais, será gradualmente posta de lado por Freud em favor de outras temáticas. Até o final de sua obra, porém, Freud se manteve convicto de que a etiologia dessa classe se encontrava em fatores sexuais somáticos, não passando pelo crivo do recalque. A sintomatologia característica das neuroses atuais – como pressões intracranianas, dores, inibições de alguma função e irritação em órgãos – seria atribuída aos processos químicos consequentes a distúrbios da libido, isto é, dos impulsos sexuais (FREUD, 2014/1916-1917). Não que o autor negue a existência de conflitos psíquicos ou complexos neuróticos nessas afecções, mas, novamente, afirma que a morbidez desses quadros é consequência de toxinas decorrentes das perturbações sexuais (FREUD, 1996/1925[1924]). E, assim, ao sugerir a existência de fenômenos cuja determinação é psicosssexual, mas que se manifestam no corpo sem que ocorra a mediação simbólica e o processo de recalque, Freud estaria lançando para a posteridade a essência dos fenômenos psicossomáticos (JUNQUEIRA; COELHO JUNIOR, 2006). Uma classe de fenômenos em que, diferentemente da conversão histérica, em que o sintoma físico pode prescindir da existência de uma lesão física, acarretaria uma lesão real do corpo e sem que subjacente a ela opere uma simbolização. Os fenômenos psicossomáticos, portanto, obedeceriam a uma outra lógica que não a das vicissitudes da sexualidade presentes nos fenômenos neuróticos, apontando para um mecanismo que se coloca além do Princípio de prazer e que será abordado mais adiante.

Por enquanto, retornando-se ao percurso que levou Freud a se atentar para a importância da sexualidade infantil, a partir do estudo da neurose, vale se ater na extensão do conceito de sexualidade para o qual o autor passou a apontar. Abandonado o método catártico e dando seguimento a um novo método – o método psicanalítico – no qual o desvelamento dos sintomas se dá pela interpretação das formações inconscientes, Freud pôde entrar em contato com as sutilezas dos discursos de seus pacientes. De maneira que, já em 1898, o autor estava às portas da sexualidade infantil, afirmando que as crianças não só seriam capazes de atividades sexuais psíquicas como, também, de algumas atividades sexuais somáticas. O próprio estudo de Freud sobre os sonhos, aliás, aponta na mesma direção, demonstrando que as formações oníricas expressam um desejo, consolidado na infância, de natureza inegavelmente sexual (FREUD, 1996/1910[1909]). É em 1905, porém, que Freud cruza esse portal e, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, lança luz ao mundo sexual infantil. Ao mundo da sexualidade humana, descoberta não como a solução da problemática neurótica, mas como uma nova questão a ser compreendida.

Pode-se dizer que Freud, na procura por uma regularidade da sexualidade humana, percebeu que a sexualidade é essencialmente desviante; desviante de uma norma que sequer existe (ZUPANCIC, 2008), afastando-se da noção médica de normalidade. Dessa forma, Freud (1996/1905a) se esforçou para evidenciar que a sexualidade por ele tratada é diferente do sentido genital que geralmente lhe é atribuído. Para a psicanálise, a sexualidade é tomada em seu sentido ampliado, considerando-se nela uma miríade de relações que produzem sensações agradáveis e que, em última instância, tenderíamos a chamar de amor (Freud, 1996/1910a; 1925[1924]). Longe de ser dependente da função procriadora, a sexualidade estaria presente desde os primeiros anos de vida das crianças, inicialmente desordenada e vinculada a funções vitais. Motivo pelo qual se considera que a sexualidade infantil é perversa polimorfa, uma vez que é cindida em vários *instintos* componentes que, independentemente, buscam pela satisfação que é encontrada no próprio corpo da criança. Pela manipulação dos órgãos obtém-se um prazer sexual que será denominado de auto-erótico, pois sua característica é ser centrado no próprio indivíduo. Somente mais tarde, a partir de organizações posteriores, é que esses instintos parciais se organizariam pela primazia das zonas genitais, encontrando sua finalidade na reprodução humana, no que se poderia chamar de vida sexual normal (FREUD, 1996/1905a; 1906; 1910[1909]; 1925[1924]).

Ao desvincular a sexualidade do primado dos órgãos genitais, Freud (1996/1925[1924]) defende uma relação de continuidade entre a vida sexual infantil e aquela alcançada durante o período da maturidade, genitalizada. A sexualidade adulta, pois, não seria algo que simplesmente se desenvolve no período da puberdade, como se fosse algo que acometesse o sujeito do exterior. Ela, na verdade, acompanharia o sujeito desde o início de sua vida, passando por algumas fases de organização, estágios preliminares pré-genitais, por cuja passagem não haveria superação. Isto é, a forma assumida pela sexualidade adulta, cujo foco seria a genitalidade, estaria sempre sujeita a regressões aos modos de organização sexual infantil, a depender das próprias quantidades de inibição presentes no desenrolar dessas fases preparatórias da sexualidade humana (FREUD, 1996/1916-1917).

A fim de ilustrar esse percurso, cabe se demorar nas primeiras duas fases da sexualidade<sup>5</sup>. A primeira delas, denominada de organização sexual pré-genital canibal, estaria ligada à função biológica da ingestão de alimento, ou seja, à incorporação do objeto.

---

<sup>5</sup> Freud, ao longo de sua obra, propõe a existência de quatro fases do desenvolvimento psicosssexual. A saber, a fase oral/canibal, a fase sádico-anal, a fase fálica e, finalmente, a fase genital, que seria característica da sexualidade amadurecida. Considerando-se o propósito deste capítulo, contudo, optou-se por abordar apenas as duas primeiras fases (sem se adentrar nas suas sub-fases) a fim de ilustrar as implicações e o alcance que o conceito de sexualidade adquire na obra freudiana.

Em um movimento no qual o prazer está relacionado principalmente à cavidade oral. O ato de se alimentar, pelo prazer que proporciona, torna-se uma ação erotizada, organizando a sexualidade dos primórdios da vida do infante. Isso, porém, de forma que não apenas o ato de se alimentar é revestido de prazer sexual, mas sua própria substituição pelo ato de chuchar o dedo também o é. O prazer de se alimentar se desliga de seu fim nutritivo, podendo ser substituído por um objeto que não é mais o alimento, um objeto que pode estar situado no corpo da própria criança, como no exemplo de chupar o dedo (FREUD, 1996/1905a). Em outras palavras, se a sexualidade a princípio se liga a uma função vital, ela logo prescinde do objeto da necessidade biológica para se fixar nas zonas de satisfação do corpo. A sexualidade visa à satisfação, ainda que à revelia da autoconservação do próprio organismo (WINOGRAD; MENDES, 2009). Sob esse mesmo esquema, a segunda dessas fases de organização, estágio pré-genital sádico-anal, estaria igualmente vinculada, a princípio, a uma função biológica vital, o controle dos esfíncteres. Porém, o prazer inicial que se atrelaria à excitação da mucosa do ânus, logo se torna o protótipo para satisfações obtidas pelo controle da musculatura somática e, em última instância, para a satisfação obtida no controle sobre os objetos.

Vale afirmar que o Freud está chamando de instinto sexual, surge como a reprodução de satisfações vinculadas a processos orgânicos, através da estimulação periférica das zonas erógenas (FREUD, 1996/1905a). Essas últimas, são definidas como o órgão causa do instinto sexual componente, geralmente se tratando da pele, de membranas mucosas ou órgãos sensoriais. Mas, mais do que isso, a zona erógena é aquela que, nos termos do próprio Freud (1996/1905a), empresta sua excitação aos instintos de natureza sexual. O que, em último caso, não deixa de colocar a questão da corporeidade no âmago da vida psíquica, animada pela sexualidade, visto que as zonas erógenas, que se manifestam primordialmente pela boca e pela região anal, podem assumir, virtualmente, qualquer parte do corpo capaz de receber estímulos. Alimentadas pelos impulsos sexuais desmontados, isto é, não unificados em direção à genitalidade, a sexualidade infantil pode atribuir a diferentes partes do corpo uma função sexualizada. Incluindo-se aí qualquer ponto da pele, da musculatura, dos órgãos do sentido, de regiões do aparelho psíquico e, até mesmo, uma conotação erótica para sensações desagradáveis e de dor (FREUD, 1996/1905a).

Deve-se lembrar que foi a escuta clínica dos quadros sintomáticos histéricos que levou Freud até a descoberta do fator sexual na origem da neurose, levando-o inicialmente a propor a Teoria da Sedução. Conforme afirmamos, entretanto, a Teoria da Sedução foi abandonada por Freud, que logo percebeu que as cenas de sedução pressupostas não haviam, necessariamente, acontecido no plano da realidade. Eram, antes, fantasias do



paciente que demonstraram possuir uma função muito específica: a de rechaçar as lembranças de atividades sexuais infantis, de caráter masturbatório, perpetradas pela própria pessoa na primeira infância (FREUD, 1996/1906). Na origem das neuroses, portanto, não estaria necessariamente a factualiidade de um trauma sexual infantil, mas a fixação pelo infantilismo da sexualidade, na qual qualquer parte do corpo pode se transformar em uma zona erógena, que então prescreverá o modelo tomado pela vida sexual da pessoa na maturidade (FREUD, 1996/1906).

Dessa maneira, os sintomas psiconeuróticos expressariam a própria vida sexual da pessoa; representando um substituto para um impulso sexual que é aversivo ao Eu do neurótico e, por isso, não pode se manifestar de outra forma (FREUD, 1996/1905a). O sintoma, argumentará Freud, demonstra a fixação em um determinado estágio da organização psicosexual, existindo, em sua equação, uma satisfação sexual disfarçada no desprazer real que a doença causa (quase sempre comprometendo aspectos da vida social do paciente). Na origem das psiconeuroses, afirmará Freud (1996/1905a), está um conflito instaurado por anseios sexuais exagerados e a aversão igualmente excessiva à sexualidade, da qual o sujeito busca se proteger. Quando a defesa falha, contudo, o impulso sexual infantil encontraria na formação sintomática uma solução entre cavalheiros: o sintoma tem a dupla função de denunciar e de esconder o conflito anímico (LINDENMEYER, 2012). O sintoma impede a realização da moção sexual proibida, mas no desprazer que proporciona, também satisfaz disfarçada e substitutivamente o mote sexual, sendo que o local do corpo atingido por esse sintoma passa a se configurar como uma zona erógena. Tal qual se vê com as próprias pernas de Elisabeth Von R., que doíam, mas que também expressavam uma satisfação erótica, representando a vida sexual dessa moça cujos impulsos em direção à genitalidade precisaram ser recuados em nome da sua moralidade.

Cumprе demarcar que, se a sexualidade até então era pensada como dirigida ao fim evolutivo último de reprodução da espécie, o sintoma psiconeurótico, como expressão da vida sexual do paciente, aponta para uma sexualidade desviante, não normativa. Afinal, a que se prestaria, em termos biológicos, uma sexualidade dessa maneira aberrante que se manifesta pelo vômito histérico, pelas paralisias neuróticas e até mesmo pelas pernas doloridas de Elisabeth que, em última instância, impedem-na justamente de se levantar e encontrar para si um novo parceiro sexual?

Tal como dito anteriormente, os estágios do desenvolvimento sexual não são modelos estáticos e inexoráveis de organização. São, antes, passíveis de avanços e regressões. Se é na época da puberdade que geralmente se assiste ao adoecimento psiconeurótico, é porque é nessa fase que as pessoas geralmente se veem frente às exigências da vida sexual em sua forma genital, que uma vez reprimida tende à regressão

às formas infantis da sexualidade. Nada impediria, porém, que a doença se instalasse mais tarde, quando por questões circunstanciais a libido, força de intensidade variável que rege os processos e as transformações que se dão no campo da excitação sexual, se afastasse dos caminhos normais de satisfação (FREUD, 1996/1905a). Sobre as manifestações dos fenômenos psiconeuróticos, Freud (1996/1905a) disse:

A neurose sempre produz seus efeitos máximos quando a constituição e a vivência cooperam no mesmo sentido. Uma constituição marcante talvez possa prescindir do apoio de impressões provenientes da vida, e um grande abalo na vida talvez provoque a neurose até mesmo numa constituição corriqueira (FREUD, 1996/1905a, p. 161).

Decorre-se, assim, que a doença psiconeurótica pode se manifestar em pessoas até então consideradas sadias, a depender de circunstâncias que muitas vezes fogem ao seu controle evitar. Há a defesa aqui de uma continuidade entre o estado normal e o patológico, cada qual dependendo de determinados limiares quantitativos.

A obra freudiana, pode-se dizer, é desde o *Projeto para uma psicologia científica*, influenciada pela obra de Claud Bernard, representante da medicina positivista do final do século XIX, que defendia que a diferença entre a saúde e a doença era quantitativa e não qualitativa (PRATA, 1999; SILVA, 2012). Ainda assim, diferentemente da medicina, para a psicanálise freudiana esse limiar entre o normal e o patológico não poderia ser traduzido em uma norma quantitativa válida para todos os indivíduos. Longe de um limiar quantitativo universal, a situação de saúde ou o de adoecimento psíquicos dependeria da capacidade de elaboração psíquica da pessoa, remetendo-se à questão da singularidade de cada sujeito, para quem o estado de saúde ou de doença assumirá características próprias (PRATA, 1999).

Dessa maneira, é importante frisar que Freud não atribui ao corpo das pessoas psiconeuróticas a origem, a natureza ou a causa dos sintomas neuróticos (WINOGRAD; MENDES, 2009). Os fenômenos libidinais, dentre os quais estão o conflito e a erotização do corpo, isto é, a produção de novas zonas erógenas, não são próprios às afecções nervosas, mas próprios à constituição humana. Qualquer pessoa teria condições de manifestar uma neurose. O fenômeno da sexualidade transgressora, na qual o corpo se perverte e se revela como o corpo de Elisabeth, cúmplice de manifestações sexuais inconscientes que podem se expressar simbolicamente como sintomas físicos, não se restringe a uma classe específica de seres humanos. Se não podemos generalizar e afirmar categoricamente que todas as pessoas são dotadas com esse corpo, não podemos, por outro lado, restringi-lo aos estados patológicos. Bem porque, os mesmos processos envolvidos na formação sintomática, como o recalque de impulsos sexuais, são os mesmos que atuam em prol da normalidade. Haja vista que a subordinação dos impulsos componentes às zonas genitais não acontece sem a

ação do recalçamento (o processo repressivo) de certas pulsões parciais da sexualidade infantil (FREUD, 1996/1906). Logo, a sexualidade infantil que torna o corpo erógeno, não é própria à psicose; é própria ao ser humano. As mesmas regras que regem a plasticidade do corpo histórico, também valem para pessoas psicologicamente saudáveis.

A sexualidade infantil, portanto, ensina que o corpo de fato se expressa, tal como já havia descoberto Freud em suas teorizações anteriores, mas o que expressa é uma dinâmica complexa de satisfações em que o corpo biológico pode ser subvertido em função da sexualidade. Como se o corpo não fosse exatamente sexualizado, mas transpassado por uma sexualidade capaz de subverter os órgãos. As funções vitais, dessa forma não estão simplesmente garantidas, podendo se colocar a serviço do prazer sexual ao se transformar em novas zonas erógenas (LINDENMEYER, 2012). Nada no corpo, nem a atividade mental, nem a boca, nem as pernas de Elisabeth, escapa à sexualidade, que no afã de encontrar satisfação, pode atuar à revelia da própria conservação da vida.

Dessa maneira, concordamos que a sexualidade transforma o corpo e suas funções vitais, desnaturalizando-os. E daí a necessidade de nos aprofundarmos no modo de funcionamento das forças implicadas nesses fenômenos.

## 2.4 O JOGO PULSIONAL: ENTRE O PSÍQUICO E O SOMÁTICO

As dores de que se queixava Elisabeth, a princípio de origem reumatológica, foram tomadas por Freud como símbolo mnêmico daquilo que ele então chamava de excitações psíquicas (FREUD, 1996/1893-1895), mas, que ao longo do seu percurso teórico, também seria chamado de ideias afetivas, estímulos endógenos e impulsos anelados. Até que, a partir do texto *Atos obsessivos e práticas religiosas*, de 1907, em posse da descoberta da sexualidade infantil, as excitações psíquicas de caráter inconfundivelmente sexual passariam a ser denominadas de instinto sexual (STRACHEY, 1996) ou, na tradução empreendida por Paulo César de Souza, *pulsão* (ESTÊVÃO, 2012).

Nesse sentido, cabe esclarecer que embora tal conceito já seja abordado por Freud no seu texto de 1905a, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, descobrimos por meio de uma nota que esse é um conteúdo acrescentado ao texto a posteriori. Sendo que é somente em 1915, em *Os instintos e suas vicissitudes*, que Freud nos esclarece sua concepção acerca das pulsões: representantes psíquicos de uma fonte contínua de excitação endossomática, isto é, de uma excitação que tem origem no interior do próprio

organismo<sup>6</sup>. Somos apresentados ao conceito de pulsão, logo, como o elo entre os domínios físico e psicológico. Ou, nos termos freudianos, como a fronteira entre o psíquico e o somático (FREUD, 1996/1905a; 1915).

A pulsão, cuja origem está no interior da própria atividade biológica do organismo, diferencia-se do modelo do arco reflexo. Conceito esse que tem sua origem na fisiologia e descreve um esquema reflexo no qual o organismo reage involuntariamente a um estímulo externo, afastando-o fisicamente. A pulsão, em contrapartida, viria do interior do organismo, de forma que sua ação sobre a mente seria contínua e determinante de uma tensão que exige resolutividade. Dessa forma, a pulsão apresenta-se ao aparelho psíquico como uma exigência de trabalho em função da satisfação, seu objetivo por excelência (FREUD, 1996/1915).

É importante perceber que, na medida em que a pulsão não atua por meio de um arco-reflexo determinado, e tampouco se iguala a um instinto<sup>7</sup>, o objeto sobre o qual ela se direciona será variado. Na verdade, tanto a forma como o psiquismo lidará com a pressão pulsional, quanto os objetos sobre os quais a pressão encontrará alívio, não são dados a priori. Daí que a principal característica da pulsão, conseqüentemente, residirá na sua indeterminação, na abertura que a sexualidade, em sentido ampliado, apresenta ao devir (LIONÇO, 2008).

Em última instância, pode-se dizer que é a dinâmica pulsional que coloca a vida em movimento. Na primeira teoria das pulsões, o aparelho psíquico é mediado pelo Princípio do prazer, ou seja, é regulado pelas sensações de prazer e desprazer, em uma dinâmica tal que a elevação de tensão psíquica é percebida como desprazer, enquanto seu alívio é sentido como uma satisfação, uma sensação prazerosa (FREUD, 1996/1911a; 19015; 1916-1917). A totalidade da vida psíquica, conseqüentemente, seria dirigida pela obtenção do prazer ou fuga do desprazer (FREUD, 1996/1916-1917), o que poderia ser traduzido em termos de redução da tensão psíquica ocasionada pela pulsionalidade. Assim, se pensarmos que o aparelho psíquico tende a buscar o prazer ou, pelo menos, manter-se em nível baixo de excitações, evitando o desprazer (Princípio da constância), concluímos que as exigências pulsionais – enquanto excitações contínuas à vida mental – acrescentam uma

---

<sup>6</sup> Cumpre registrar que com o avançar de sua obra, Freud deixará de igualar a pulsão a sua representação psíquica. A pulsão será considerada, simplesmente, como a carga energética que anima a atividade motora e o funcionamento inconsciente (ROUDINESCO; PLON, 1998e).

<sup>7</sup> Vale notar que, apesar de algumas traduções da obra freudiana terem optado pelo uso do termo 'instinto' ao invés de 'pulsão', Freud cunhou esse último para diferenciá-lo da noção de instinto. Noção essa que apresenta conceituações em psicologia, biologia, etologia, entre outras áreas próximas, referindo-se a certas predisposições naturais para a realização de determinados comportamentos (sequências de ação). Na prática, a ação instintual se mostra estereotipada, padronizada e predefinida (COSTA, 2017), contrastando com a grande abertura de possibilidades de expressão e escolha de objetos típicas da pulsão.

tensão constante ao aparelho psíquico, imprimindo a necessidade de satisfazer essas exigências, como por meio do amor e do trabalho.

A consecução da satisfação pulsional, entretanto, pode ser extremamente perigosa para a conservação da vida do sujeito, na medida em que facilmente se desliga da realidade, podendo se fixar na obtenção de um prazer auto-erótico, baseado na realização alucinatória do desejo. A verdade é que, além de danos, a satisfação imediata de todos os impulsos da vida psíquica poderia proporcionar como consequência um desprazer muito maior do que a satisfação a ser desfrutada. Por isso, Freud se viu convencido a conjecturar o Princípio da realidade, que nada mais seria do que uma atenuação do Princípio do prazer, que introduziria no aparelho psíquico a capacidade de renunciar à satisfação imediata. E isso mesmo que às custas de uma certa dose de desprazer, evitando uma insatisfação maior e garantindo que a obtenção do prazer não extrapole a segurança do organismo (FREUD, 1996/1916-1917). Utilizando-se os termos escolhidos por Freud, falamos que o Princípio da realidade é racional, pois ainda almeja à obtenção do prazer, mas leva em conta a realidade, podendo aceitar um prazer diminuído ou adiado, mas que colabore para a preservação da vida e, futuramente, da própria espécie. É pela influência do Princípio da realidade que ocorrem as transformações das pulsões sexuais, outrora dispersas no auto-erotismo original, para a unificação parcial das pulsões nas diversas fases psicosssexuais. É pela influência do auto-erotismo que acontece a passagem dos investimentos auto-eróticos para os investimentos em objetos de amor da realidade, nos quais há espaço para a reprodução e continuidade da vida. (FREUD, 1996/1911a).

Em face dessas conjecturas, Freud propõe um primeiro dualismo pulsional, agrupado provisoriamente em duas classes: de um lado as pulsões sexuais – relacionadas aos desejos – em oposição às pulsões do Eu, também denominadas de pulsões de autoconservação – ao lado da realidade e das forças repressoras da sexualidade (FREUD, 1996/1910b). Ou seja, as pulsões de autoconservação zelariam pela manutenção da integridade da pessoa, opondo-se à livre expressão das pulsões sexuais quando essas se mostrassem nocivas (FREUD, 1996/1910b). É apenas pela pressão exercida pela realidade, que impõe uma série de exigências ao Eu, que o aparelho psíquico se adaptaria ao mundo, desenvolvendo a capacidade de prestar atenção à exterioridade, de formar memórias e formar a consciência ligada aos órgãos sensoriais. São as exigências da realidade, também, que inaugura a possibilidade de que as descargas motoras sejam dirigidas para a exterioridade do corpo, manifestando-se em movimentos expressivos, manifestações de afetos e ações (FREUD, 1996/1911a). Ao passo, porém, que nem toda ação é desejável, o pensamento transformou-se em um importante aparato contra a descarga motora quando ela se mostra perigosa. Ao vincular uma representação a um mote da pulsão que circulava

livremente pelo aparelho psíquico, a capacidade de pensar dota o psiquismo de uma certa tolerância ao aumento da pressão pulsional, permitindo o adiamento do processo de descarga (FREUD, 1996/1911a).

Em suma, pode-se afirmar que as exigências da realidade acabam forçando o aparelho psíquico a desenvolver certos modelos para lidar com as exigências pulsionais. Formas de lidar com a pulsão que, amiúde, parecem se tratar de defesas do sujeito contra a própria sexualidade (FREUD, 1996/1915). Nesse sentido, é válido recuperar o exemplo que Freud (1996/1915) trouxe em *Os instintos e suas vicissitudes* sobre a pulsão escopofílica e os três tempos do circuito pulsional. De acordo com o autor, a pulsão escopofílica, cujo objeto seria o olhar, derivaria de uma pulsão parcial auto-erótica que posteriormente passaria para a função ativa. Tratar-se ia então da satisfação de olhar um objeto que não si próprio. Por uma transformação no sentido da atividade para a passividade, porém, o sujeito desistiria do objeto externo e voltaria seu interesse de olhar para seu próprio corpo. Somente em um terceiro momento haveria a introdução de um outro sujeito, com o qual há uma identificação, que transformaria em prazeroso o ato de estar sendo visto por outrem ao qual o sujeito se exhibe. Desses três tempos, podemos compreender, como as exigências pulsionais podem se voltar e se satisfazer no próprio Eu e sobre o próprio corpo do sujeito, transformando-os (WINOGRAD; MENDES, 2009). Fazendo desse corpo a origem e o destino da pulsão (LINDENMEYER, 2012; WINOGRAD; MENDES, 2009) e assim reafirmando o caráter plástico das pulsões, passíveis de modificar sua finalidade primeira, substituir uma forma de satisfação por outra e, eventualmente, suportar adiamentos em suas descargas (FREUD, 1996/1932-1936).

O recalque toma espaço quando o Eu, animado pelas pulsões de autoconservação, poder-se-ia sentir ameaçado pelas exigências sexuais, reprimindo-as. Haveria aí o conflito entre dois motes pulsionais, vencendo aquele mais forte em quantidade de energia: se o mote favorável ao recalque é mais poderoso, a pulsão sexual em questão é reprimida, caso contrário, pode-se obter a formação de satisfações sexuais substitutas, que proporcionam incômodo ao Eu: os sintomas neuróticos. Em outras palavras, as manifestações sintomáticas da neurose fundar-se-iam no conflito entre as duas classes pulsionais. Mas, não somente o patológico seria marcado pela resultante desse conflito entre quantidades pulsionais – também denominado de fator econômico (FREUD, 1996/1916-1917). Na verdade, frente à repressão, as pulsões sexuais componentes podem ser recalçadas, restringidas, transformadas ou direcionadas para objetos elevados, como as mais diversas formas de artes, estabelecendo as construções psíquicas da civilização (FREUD, 1996/1910b). O que significa afirmar que os laços humanos, a vida em sociedade, as artes,

a cultura, em resumo, o que há de sublime na civilização, é resultante da repressão e da transformação da sexualidade.

É da tensão pulsional, que surge do corpo e pode encontrar nele sua satisfação, que se tem o impulso por meio do qual o intelecto do literato, ou as mãos habilidosas do artista, coloca-se no processo de criação. O corpo, como fonte e destino do circuito pulsional, pode responder à sexualidade de formas variadas, inclusive transformando a realidade externa. Como se a sexualidade fosse capaz de transgredir não apenas a função biológica do corpo, criando nele novas zonas erógenas, mas fosse capaz de transgredir a si mesma, estabelecendo relações erógenas com toda sorte de objetos externos ao Eu e criados pelo Eu. Pode-se dizer que a pulsão confere à sexualidade a abertura para assumir infinitas faces (SCHILLER, 2000), afastando-se aqui, novamente, da existência de uma norma a partir da qual pudéssemos definir que uma forma universalmente saudável de conduzir a pulsionalidade. No sentido oposto, pode-se mesmo questionar o estatuto de morbidez dos sintomas histéricos, por exemplo, se estes na verdade correspondem a uma reconciliação entre motes pulsionais que leva em consideração a realidade.

Por ora, vale se atentar ao fato de que a pulsão marcaria a erogeneidade do corpo (LIONÇO, 2008), estabelecendo a possibilidade de articulação entre os domínios do soma e da psique. Mais tarde, Green (2000) chamará essa articulação de união somatopsíquica, defendendo que longe da dissolução entre os dois âmbitos, haveria uma diferença constitucional entre eles, encontrando justamente no conceito de pulsão um ponto de amarração. O próprio Freud comentará que:

[...] a psicanálise é injustamente acusada de apresentar teorias puramente psicológicas para problemas patológicos. A ênfase que ela coloca no papel patogênico da sexualidade, que, afinal, não é certamente um fator exclusivamente psíquico, deveria por si própria defendê-la contra essa acusação. Os psicanalistas nunca se esquecem de que o psíquico se baseia no orgânico (FREUD, 1996/1910b, p. 226-227).

Assim, a fronteira entre soma e psique na obra freudiana parece porosa, à revelia do cartesianismo clássico, mas sem que isso implique uma dissolução dos dois domínios, orgânico e psíquico (LINDENMEYER, 2012).

Se na época dos *Estudos sobre a Histeria* a influência mente-corpo na obra freudiana aparecia de maneira um pouco mais unidirecional, em que o corpo se emprestaria passivamente à expressão de determinações psíquicas inconscientes, o corpo agora percebido enquanto pulsional, complexifica essa visão. É o corpo, enquanto um campo de excitabilidades, que convoca o psiquismo ao trabalho, organizando-o de acordo com as exigências pulsionais e as forças que se colocam contra elas. Se já sabíamos, assim, que o corpo responde a conteúdos psíquicos, descobrimos com o desenrolar da teoria pulsional –

que vem complementar as teses sobre a sexualidade humana – que o contrário também é válido. Descobrimos que a materialidade biológica do corpo, ao exercer a pressão pulsional, não é excluída como determinante de processos psicológicos.

Ainda assim, se é verdadeiro que o psiquismo se organiza no sentido de destinar as pulsões – controlando as vivências de prazer e desprazer – é importante notar que o corpo das pulsões em estado bruto é fragmentado. É um corpo animado por pulsões parciais que exigem um trabalho psíquico difuso, desordenado. Não há integração de suas partes. Não se trata ainda do corpo representado, aquele corpo da infância ao qual o sujeito responderá, mesmo na idade adulta, quando o sintoma neurótico irromper e a paralisia afetar não a anatomia conforme o esquema cerebral, mas conforme o esquema cultural. É verdade que a definição conceitual de pulsão é de suma importância para se conferir inteligibilidade ao funcionamento psíquico, incluindo aí não somente os fenômenos neuróticos-históricos, mas a totalidade da vida psíquica. Todavia, somente essa definição não é suficiente para explicar como se constrói uma representação de corpo.

Vale concordar que a teoria freudiana não se construiu sobre uma miríade de descobertas lineares; seus achados não compõem uma cronologia simples (LAZZARINI; VIANA, 2006). Se o aprofundamento sobre a teoria pulsional nos permite compreender melhor a relação e o limite entre psiquismo e corpo orgânico, falta-nos compreender ainda como o corpo pulsional transforma-se nesse corpo transpassado pela palavra que é o corpo da conversão histérica, um corpo erógeno dotado de significação. Questões que só poderão ser respondidas se voltarmos nossa atenção a um conceito fundamental da teoria psicanalítica: o narcisismo.

## 2.5 NARCISISMO: UM LUGAR PARA O CORPO NA ECONOMIA PSÍQUICA

Ao se debruçar sobre a vida sexual infantil – tal como faria com os pacientes que sucederam a Srta. Elizabeth – o que Freud desvelou foi o caráter essencialmente disperso da sexualidade. Não só as pulsões não obedecem a esquemas pré-determinados, como também não são regidas por objetos fixados. Se no começo da vida o auto-erotismo urge pelo prazer obtido da manipulação dos órgãos, em geral da boca e posteriormente da região anal, então ele nos aponta para a centralidade da pessoa na dimensão da sexualidade, em que o corpo se manifesta como fonte e como objeto da satisfação pulsional (LAZZARINI; VIANA, 2006). Mas tal sexualidade infantil é cindida em várias pulsões parciais, atuantes a partir de um organismo que não está desde sempre situado no campo representacional e que apenas posteriormente poderá unificar essas pulsões parciais sob o primado da genitalidade, constituindo uma sexualidade adulta compreendida como normal.



Até essa unificação, os estados corporais são vivenciados de forma difusa, pois não estão integrados em um esquema organizado. Têm-se aí o tempo do corpo despedaçado, marcado pelo desamparo primordial (ROUDINESCO; PLON, 1998d), em que sequer existem defesas para se lidar com a angústia (BENTO, 2008). Imatura, a criança recém-nascida depende inteiramente do cuidado de um outro, cujo amor é o único recurso que pode garantir sua sobrevivência ao lhe proporcionar direcionamento à descarga pulsional (RINALDI, 2001). Sem o auxílio externo, a criança é invadida por excitações internas e externas, das quais não pode dar conta, marcando-se aí condição de desamparo no aparelho psíquico; o mesmo estado ao qual o sujeito é remetido no encontro com o trauma – compreendido agora por Freud como um excesso pulsional que extrapola as condições do aparelho psíquico de dominá-lo, desorganizando assim o equilíbrio econômico do psiquismo.

Mais do que um estado de extrema vulnerabilidade, porém, é o desamparo primordial que, em última instância, funda o psiquismo. Esse, ao empreender uma organização da pulsionalidade, ergue-se como uma defesa contra o desamparo (SILVA, 2009). Uma defesa que passará pelo desenvolvimento de um esquema corporal que permitirá à criança se reconhecer enquanto uma unidade continente, isto é, como um Eu que contém seus conteúdos psíquicos e cuja pele marcaria o limite entre os estímulos internos e os externos (ANZIEU, 1989). Na fase do auto-erotismo, quando o esquema corporal ainda não está posto, vê-se que a obtenção de prazer está dispersa pelo corpo e, apesar de depender dos cuidados de uma pessoa externa, a criança chega a ignorar sua existência, na medida em que não reconhece a alteridade. Na verdade, tampouco se reconhece enquanto um sujeito ou um Eu-psíquico detentor de um corpo. O que significa dizer que o corpo próprio não é dado naturalmente, mas alcançado pelo investimento pulsional sobre a materialidade orgânica (WINOGRAD; MENDES, 2009). Em um processo que, poderíamos dizer, precisa passar da dispersão inaugural, caracterizada pelo auto-erotismo, para um movimento de unidade, que será alcançado pela via do narcisismo na construção de um corpo-sujeito (LAZZARINI; VIANA, 2006).

Um corpo-sujeito, como prefeririam as autoras, ou um Eu-corpo, como consta na tradução da obra de Anzieu (1989) e que, de qualquer forma, demonstra a imbricação entre corpo e Eu. A verdade é que o desenvolvimento do esquema corporal, necessário à unificação das pulsões, parece se dar em um movimento dialético com o desenvolvimento do próprio Eu enquanto instância psíquica. Mais tarde, no curso do seu desenvolvimento teórico, Freud inclusive afirmará: “O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície (Freud, 1996/1923, p. 39)”. Ou seja, o Eu seria a projeção psíquica da superfície do corpo e

também o representante da superfície do aparelho psíquico. O Eu é a parte mais externa do aparelho psíquico, fazendo contato com a realidade e contato com o Inconsciente, capaz de se colocar como paraexcitação da intensidade dos estímulos internos e externos. (ANZIEU, 1989). Assentando-se nas experiências corporais, a partir do investimento dos aparelhos motores e sensoriais, marcado pelo tato, pelo frio, pelo calor, pelas trocas respiratórias, pelo prazer e pela dor física, responsável por controlar o caminho para a ação por meio do controle muscular, controlar o acesso à consciência, exercer força sobre a resistência, atuar no recalque da pulsão e de sua representante, o Eu e o corpo formariam uma unidade psicossomática (nunca completa, de fato), que colocaria os estados corporais no jogo econômico da pulsionalidade. O corpo, tomado assim como extensão do Eu, será investido ora como objeto da pulsão ora como investimento narcísico, em uma dinâmica na qual o próprio adoecimento físico poderá ser interpretado como alteração na distribuição libidinal (TEIXEIRA, 2006).

Para tanto, é preciso ter um mínimo de unificação corporal. E, para a psicanálise freudiana, é o narcisismo<sup>8</sup>, etapa regular do desenvolvimento libidinal, que representa a ação psíquica necessária à amarração das pulsões parciais. Ação que permitiria a construção de um esquema corporal, simultânea à construção do próprio Eu, e a posterior realização de seus primeiros investimentos objetais (FREUD, 1996/1914b). Para tanto, porém, é preciso que a libido esteja concentrada no Eu em construção, inviabilizando a realização de investimentos objetais e marcando a etapa do narcisismo como um período necessário de ensimesmamento (FREUD, 1996/1911b; 1914b).

Ainda que represente uma conquista, em relação à dispersão inaugural das pulsões parciais, apresentando-se como uma fase importante para a constituição do sujeito, o narcisismo, contudo, não se caracteriza como um evento filogenético inexorável. O narcisismo é antes, e acima de tudo, fruto da ficção do corpo como unidade que é conferida à criança por outrem. Apesar de ser compreendido como uma etapa do desenvolvimento libidinal, o narcisismo é uma construção que passa, inevitavelmente, pelo desejo de outras pessoas, em geral dos pais da criança (PINHEIRO, 1995). Como nos explicou Freud (1996/1914b), em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, é o próprio narcisismo dos pais que, projetado na criança, possibilitará o desenvolvimento egóico dessa última. Sendo que o filho parece reatualizar o narcisismo há muito deixado de lado pelos pais, na medida em que o amor por essa criança assume tons não realísticos: os pais veem nela toda uma sorte de

---

<sup>8</sup> Narcisismo é um termo, derivado da mitologia grega, que foi cunhado no final do século XIX, aludindo diretamente ao mito de Narciso, cuja versão mais afamada é a de Ovídio em *Metamorfoses* (GUIMARÃES; ENDO, 2014). A expressão foi utilizada durante aquele século no contexto da sexologia, para caracterizar uma perversão sexual na qual o indivíduo tomava o próprio corpo como um objeto sexual (NÄCKE, 1899 apud Freud, 1996/1914b, p.81).

perfeições que um observador externo seria incapaz de apontar. Ainda, os pais tenderiam a relevar os defeitos da criança – como se não existissem –, e a revogar para ela as exigências culturais e até as biológicas, no sentido de negar a finitude desse filho.

A partir desse amor não realista, cria-se a possibilidade da criança se identificar como o objeto privilegiado desse amor e investimento, inaugurando-se o ato psíquico que abre caminho para a unificação das pulsões parciais em torno de uma organização egóica, fonte e cede de investimento libidinal (KEHL, 2009). Ao interpretar as necessidades da criança, os pais permitem que essa desenvolva uma imagem corporal, sendo que o investimento dos pais, se precário ou exacerbado, terá repercussões sobre a identidade do bebê (MENDES; VIANA; BARA, 2014). Dejours (1998/1997), defenderá inclusive que a própria sexualidade é construída a partir dos cuidados conferidos ao infante – e aqui Anzieu (1989) enfatizará o contato reconfortante da pele do bebê com a pele do seu cuidador – permitindo o que chama de subversão libidinal das funções do corpo. Somente através dessa subversão é que o corpo adentraria no campo da representação; passaria a servir não apenas à biologia, mas também à expressão de sentido, de intencionalidade e de direcionamento ao outro (FERRAZ, 2007). O que escaparia à subversão libidinal, para Dejours, aquilo que a função materna não teria sido capaz de erotizar, permaneceria como organismo, suscetível a ações psíquicas pouco elaboradas (KANABUS, 2015).

Assim, chega-se à conclusão de que, se o narcisismo e o esquema corporal não estão dados naturalmente no psiquismo – porque precisam da intervenção de um outro externo para se desenvolverem – por outro lado a construção do narcisismo e do esquema corporal relaciona-se à própria constituição psíquica. É por meio da capacidade absortiva do narcisismo, que o sujeito constrói para si uma couraça contra a castração e o desamparo. Ao neutralizar a ameaça externa, o narcisismo contrapõe o sujeito à castração (PINHEIRO, 1995). Faz do próprio Eu um objeto de amor, anulando a necessidade de amor proveniente de objetos externos. É, pois, a invenção do narcisismo que dá à criança a possibilidade de se sentir completa e não desamparada.

Como resultado direto desse processo, temos um momento em que a criança se sente como o centro de toda perfeição (FREUD, 1996/1914b). Isto é, na qual ela é seu próprio ideal. Freud (1996/1914b), inclusive, comparará esse estado da vida psíquica infantil à megalomania e, também, à vida psíquica dos povos primitivos, visto que no estágio do narcisismo primário se encontraria a tendência de superestimar o poder dos desejos pessoais e ações psíquicas, o pensamento onipotente, a crença no poder mágico das palavras e a crença na magia, esta última descrita como uma espécie de técnica que torna coerente as tendências mencionadas (FREUD, 1996/1914b). Em todas elas, vale notar, está

presente a característica que faz menção direta ao narcisismo: o distanciamento da realidade externa e supervalorização da realidade psíquica.

Não espanta, portanto, que ao narcisismo possa ser atribuído um estado de confusão entre o interno e o externo. Conforme nos lembra Pinheiro (1995), o narcisismo carrega em si a tendência libidinal de aglutinação, isto é, unir-se, transformar o diferente em igual. Nas palavras da autora:

A fundação do edifício egóico parece ser possível somente através da libido e por conseguinte por aglutinação, apropriação de tudo, homogeneização dos componentes, transformação do estranho em familiar. Eliminando diferenças, tornando semelhante, derrubando barreiras, tapando vazios, transformando enigmas em obviedades, assim é a libido, assim é o narcisismo. Fazer do outro eu próprio, do misterioso o mais claro, pasteurizando as diferenças. Deste modo torna-se possível a onipotência tão decantada do narcisismo. Espanta-se o desamparo, a falta, a precariedade humana. É, afinal, contra isso mesmo que o narcisismo se ergue, como a outra face da pulsão de morte, da agressividade, então, dirigida para fora, para o outro, para o que não aceita ser familiar e igual, aquilo que insiste na dessemelhança e transforma o estranho em perigoso inimigo (PINHEIRO, 1995, p. 3).

Ou seja, o narcisismo constitui o Eu na medida em que permite a apropriação das qualidades do objeto. Embora o início da existência seja marcado pelo auto-erotismo, a preservação urge que determinados objetos do mundo externo sejam tomadas como parte de si mesmo (FREUD, 1996/1915). Daí que a confusão entre si e o outro é característica desse estágio libidinal, que encontrará nos processos identificatórios sua marca registrada. O Eu, ainda incipiente, confunde-se com o que é bom – que é prontamente absorvido em virtude da tendência aglutinadora – e todo o resto lhe é indiferente, podendo aparecer, também, como desagradável, pois se trata de uma fonte de estimulação (FREUD, 1996/1915). Em 1923, em *O ego e o Id*, Freud falará, inclusive, sobre como o Eu é formado por precipitados de identificações; um movimento narcísico totalizante, na medida em que toma como seu algo que, a princípio, é do outro, sem que esse seja reconhecido enquanto tal.

É importante perceber que o narcisismo faz borrar as fronteiras entre o sujeito e o mundo externo. O Eu integra em si elementos do ambiente e rejeita como não lhe pertencendo elementos que de fato possam ser seus, elementos internos. De forma que, como diria Freud (1996/1930), não só o sentimento de Eu é passível a transtornos, como também as fronteiras do Eu e do corpo, do Eu-corpo, não são permanentes. Elas estão à mercê de encontros e desencontros objetivos. Assim, o que o narcisismo permite é a construção de uma ficção de unidade para o corpo (tal qual é a ficção de unidade do sujeito como um indivíduo não dividido) (DUNKER, 2011), mesmo que essa ficção se constitua como um projeto nunca terminado (ALBERTI, 2011), pois é variável ao longo do tempo. Daí

que a psicanálise, conseqüentemente, olhará para o corpo, organizado pelo narcisismo, não como uma organização coerente – uma maquinaria funcional –, mas como um esquema, uma rede complexa de relações que envolverá o interno e o externo (SANTOS; RUDGE, 2014).

Como exemplo caricato da corporeidade sendo experimentada a partir de relações, e não de dados objetivos, podemos citar a hipocondria. Fenômeno no qual há uma ruptura bastante radical das relações objetais externas, incluindo-se aí a relação com o próprio corpo enquanto uma realidade. Na hipocondria o corpo não pode se vincular simbolicamente à história individual do sujeito, parecendo-lhe como um elemento estranho. Desse modo, o delírio hipocondríaco – marcado por mal-estares injustificáveis do ponto de vista médico – busca restaurar os vínculos perdidos. Busca que, não raro, manifesta-se através de uma dupla clivagem, na qual o corpo é experimentado como não fazendo parte do sujeito, dominando-o ou sendo por ele dominado, ou na qual o corpo se mostra como desamparado e à mercê de órgãos maus ou inimigos vindos da exterioridade (SANTOS, 2010).

Como um parêntese, vale lembrar que a hipocondria foi compreendida de formas diferentes ao longo da obra de Freud. Inicialmente descrita como um sintoma ou como uma forma específica de angústia, na hipocondria estariam presentes a angústia expectante quanto à saúde do corpo e o medo de morrer ou de ser portador de uma doença mortal, além da presença de parestesias e sensações corporais aflitivas, que embora injustificáveis do ponto de vista médico, insistiriam em se fazer presentes para o hipocondríaco. Em *Debate sobre a masturbação*, Freud (2010/1912b) passaria a incluir a hipocondria como uma neurose atual, isto é, como uma manifestação neurótica cuja origem sexual não estaria em um processo defensivo ocorrido na infância, sendo decorrência, antes, de uma alteração momentânea e circunstancial dos investimentos libidinais. Assim, as manifestações hipocondríacas seriam destituídas de valor simbólico, aparecendo como o resultado da mudança de erogeneidade de um órgão interno – transformado em uma nova zona erógena – em virtude da concentração de libido do Eu no órgão em questão (FREUD, 1996/1914b). Uma forma de investimento libidinal que aconteceria em detrimento dos investimentos objetais, enfraquecendo a relação do sujeito com a realidade e aproximando os fenômenos hipocondríacos das parafrenias.

No que concerne à prática, porém, nem sempre seria fácil diferenciar manifestações hipocondríacas de um outro conceito, a somatização. Esse último, proposto por Steckel em 1921, no âmbito das teorias psicodinâmicas, possuiria hoje uma grande variedade de significações (BOMBANA; LEITE; MIRANDA, 2000). Em seu uso corrente, pode-se compreender a somatização como a manifestação de angústias e conflitos psíquicos por meio de sintomas corporais que, na maioria das vezes, não seriam detectáveis pela

medicina (COELHO; ÁVILA, 2007). Não raro, pacientes que somatizariam seriam tidos como políquelosos isto é, aqueles que possuiriam uma miríade de queixas somáticas, mas sem que subjacente a elas existisse uma lesão que justificasse plenamente os sintomas (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010). O conceito de somatização, porém, também poderia ser considerado como um processo defensivo primário (MCWILLIAMS, 2014). Processo que poderia perpassar por todas as nosografias clínicas e que, ao expressar no corpo um determinado aspecto não simbolizado da vida emocional (diferenciando-se, portanto, da conversão histérica, na qual o sintoma possui um sentido oculto, e diferenciando-se do fenômeno psicossomático, no qual haveria a lesão de órgão), protegeria o aparelho psíquico de uma desorganização.

De volta a Freud, temos que o período do narcísico primário, obviamente, não deve perdurar para sempre. A realidade não tarda a mostrar para a criança as suas faltas e, assim, perde-se paulatinamente a idealização até então sustentada pelo olhar dos pais. Embora o desenvolvimento do Eu necessite do período narcísico, implica também o encontro com a castração e o afastamento do narcisismo primário, rompendo-se com a alienação característica desse estágio e possibilitando que a criança tenha o encontro com a alteridade (LAZZARINI; VIANA, 2006). Incapaz de renunciar à perfeição narcísica, todavia, o sujeito construiria para si Ideais do Eu, por meio dos quais busca retornar àquele estado de plena perfeição. Esses ideais, que seriam os substitutos do narcisismo perdido, dizem respeito a objetos idealizados (como se transformar em algo, obter determinada conquista ou determinada aquisição). Objetos engrandecidos psiquicamente (a que se atribui muito valor), impostos de fora – dado que não é o sujeito quem cria o ideal, mas adota um ideal que já está posto no laço social ao qual pertence (FREUD, 1996/1914b).

Simplificadamente, o ideal do Eu é a interpretação que a pessoa faz do desejo dos pais em relação a ela, e que acaba funcionando como uma promessa de completude. Consequentemente, pode-se afirmar que os ideais se colocam como dispositivos que tornam a castração suportável: quando a castração finalmente se impor sobre a pessoa, essa lhe parecerá temporária, pois no passado haveria experimentado a perfeição e, quanto ao futuro, poderia restituir a plenitude desejada por meio da conquista dos Ideais do Eu (PINHEIRO, 1995). Assim, mesmo em face de adversidades externas que barrem a satisfação pulsional do Eu – ou dificuldades internas –, o narcisismo bem estruturado da infância permitiria a manutenção do edifício egóico. Edifício que no afã de recuperar sua plenitude, estará aberto aos investimentos objetais, isto é, investimentos narcísicos em objetos externos a si, colocando o sujeito em contato com a realidade.

Reiterando-se, vale dizer que os Ideais de Eu revelam uma porção da libido narcísica que busca sua satisfação em objetos externos ao Eu do sujeito, condicionando-o, dessa

maneira, a se adequar a leis e normas que estão postas na exterioridade (CERRUTI; ROSA, 2008). E, ao fazer isso, o narcisismo secundário inaugura no corpo e na vida psíquica a dimensão da alteridade, submetido que o sujeito fica à experiência da castração e do complexo de Édipo (LAZZARINI; VIANA, 2006). Ao permitir o reconhecimento de objetos externos, a criança finalmente pode ingressar na linguagem e na cultura; a criança tem sua inscrição na ordem das trocas simbólicas, podendo romper com a relação alienada que até então tinha com a função materna, suportando a entrada de um terceiro, o pai, nessa relação (GARCIA-ROZA, 2009). Consequentemente, é pela via da instauração do narcisismo que se dá a possibilidade de construção da plasticidade corporal. Se o corpo pode se emprestar à expressão simbólica de conteúdos provenientes do inconsciente, é porque deixou de ser um simples organismo para se tornar um Eu-corpo pulsional atento às exigências culturais.

O que não quer dizer, todavia, que a experiência do corpo e dos ideais do Eu estariam alinhadas. Não raro o corpo seria motivo de sofrimento, pois condições orgânicas próprias do sujeito poderiam ser tidas inconscientemente como castrações, isto é, como um afastamento do ideal. Em uma passagem de *História de uma neurose infantil*, por exemplo, Freud (1996/1918[1914]) comentou sobre como seu paciente se fragilizava diante da percepção de que a infecção gonorréica, de que era portador, acarretava sérios prejuízos para seu corpo. Diante do adoecimento, que exerce um papel de castração sobre o paciente de Freud, vê-se que seu narcisismo é abalado. O que demonstra que um aspecto do corpo, que se esperaria estar integrado à imagem corporal do Eu, pode funcionar como um elemento estranho e externo, que aparece como uma força interditora. A mácula do corpo – a doença, a feiura, a deformidade, a velhice – pode chegar ao extremo de funcionar como uma verdadeira ferida narcísica, isto é, rompimento da ficção idealizada que sustenta o Eu do sujeito e que, uma vez precarizada, remete-o ao desamparo. Em *O mal-estar na civilização*, Freud (1996/1930) afirmará inclusive que o corpo é uma das grandes três fontes de sofrimento do ser humano. Haja vista que o declínio de suas funções orgânicas, próprias ao envelhecimento e, mesmo, sua dissolução, são inevitáveis. Nunca o homem pode dominar completamente a natureza de seu próprio organismo, que é frágil e limitada, tanto em sua adequação quanto ao seu desempenho. Assim, o próprio corpo pode impor uma ameaça ao narcisismo e, mesmo, representar uma perda narcísica, desencadeando um processo de luto.

Ora, se pensarmos no caso das doenças orgânicas que ameaçam o sujeito, parece essencialmente intuitiva a percepção de que quando alguém se encontra padecendo de uma enfermidade física (ou mesmo com um mal-estar não patológico, como uma queixa de cansaço, por exemplo), sua capacidade de amar se encontra reduzida. A pessoa parece

estar mais próxima à indiferença e, para o mestre de Viena (1996/1914b), a explicação estaria na retirada de libido dos investimentos externos (como a pessoa amada) e no redirecionamento dessa energia ao Eu da pessoa doente (ou cansada<sup>9</sup>). Como se, para dar conta do mal-estar físico a pessoa precisasse abandonar seus investimentos amorosos, redirecionando a libido de volta ao órgão lesionado. Daí que o autor comenta:

Ao avaliar a influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido, sigo uma sugestão que me foi feita verbalmente por Sándor Ferenczi. É do conhecimento de todos, e eu o aceito como coisa natural, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento. Uma observação mais detida nos ensina que ela também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar. A banalidade desse fato não justifica que deixemos de traduzi-lo nos termos da teoria da libido. Devemos então dizer: o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera. 'Concentrada está a sua alma', diz Wilhelm Busch a respeito do poeta que sofre de dor de dentes, 'no estreito orifício do molar' (FREUD, 1996/1914b, p.89).

Ou seja, pode-se afirmar que os arranjos próprios ao narcisismo primário não desaparecem quando sucedidos pelo amor objetal. Muito pelo contrário, um investimento narcísico mínimo, o narcisismo secundário, permaneceria investido ao longo de toda vida, como parte da dinâmica normal de investimentos e introversões da libido. Uma vez rompido um investimento objetal qualquer, há o retorno da libido de volta ao Eu – daí a denominação de narcisismo secundário –, anunciando-se assim o narcisismo não apenas como um estágio ultrapassado na vida adulta, mas como ponto sempre possível de retorno. E isso em uma lógica que ultrapassa o campo do patológico, sendo um fenômeno percebido, por exemplo, no caso de determinados estados orgânicos e no seio da vida romântica.

Além disso, o conceito de narcisismo também evidencia uma oposição entre duas formas de libido: uma libido do Eu e uma libido de Objeto. Haveria um investimento libidinal originário – o narcisismo primário – que em parte seria cedido ao mundo externo, permitindo os investimentos objetais. Fundar-se-ia aí a relação erótica com objetos da realidade, mas também a possibilidade de retorno desses investimentos ao Eu, constituindo-se o narcisismo secundário. Seja como for, interessa perceber que o investimento libidinal originário, de onde derivariam as libidos do Eu e de objeto, funcionaria como um fundo, como uma cota, de tal modo que as duas formas de libido se comunicariam: à medida que uma é investida a outra é empobrecida (FREUD, 1996/1914b). Por esse motivo, depreende-

---

<sup>9</sup> Para o autor, por exemplo, o dormir é a manifestação de um estado profundamente narcísico, pois nele há a retirada de todos os investimentos do mundo externo que se voltam para o sujeito, prejudicando a disposição para amar do sujeito e, nem por isso, sendo um fenômeno patológico. (FREUD, 1996/1914b).



se que quanto mais investido libidinalmente estiver o Eu da pessoa (investimento narcísico), mais afastada ela estará da realidade e de seus objetos. O contrário disso seria o estado de enamoramento, em que o investimento libidinal sobre o Eu seria mínimo, tendo como consequência o rebaixamento do amor-próprio, o que também não é experimentado sem sofrimento.

Nesse ponto, a teoria freudiana se afasta de sua concepção inicial de uma oposição entre a pulsão sexual e a pulsão de autoconservação. É o modo de investimento da pulsão, ora direcionada para objetos externos, ora direcionada para o próprio Eu (investimento narcísico), que forma uma nova dualidade em torno do Eu transformado em reservatório da libido (FREUD, 1996/1932-1936). Nesse esquema, observa-se que os investimentos narcísicos, fundantes da organização do Eu, relaciona-se ao movimento pulsional de amar-se a si próprio, fazendo do Eu nascente o ator e o receptor da ação do investimento, sujeito ativo e passivo (Freud, 1996/1915). Por essa dinâmica, temos que o Eu é capaz de amar, tal como um sujeito, e ser amado tal como um objeto. Lembrando-se aqui que Freud (1996/1915) definiu o amor como uma relação estabelecida entre o Eu e uma fonte de prazer, isto é, um objeto. Assim, ao amar a si mesmo, o Eu é tomado como um objeto com o qual se pode estabelecer uma relação erotizada.

De instância neutra da racionalidade, portanto, abre-se espaço para a compreensão do Eu como uma instância psíquica sexualizada e, portanto, também orientada pelo princípio do prazer (BIRMAN, 1997). Se até então a descontinuidade do saber dos homens sobre si mesmo se localizava na existência do inconsciente, essa dinâmica também se estende para um Eu que é visceral, não escapando das conjunturas da libido (Borges, 1996). O que significa dizer não apenas que o Eu está inserido na balança energética da pulsionalidade (BIRMAN, 1997), mas que o código de interpretação do corpo – que é parte do próprio Eu – também é libidinal (BORGES, 1996). O adoecimento físico, em última instância, também pode ser compreendido como alterações na distribuição da libido (TEIXEIRA, 2006).

Pode-se afirmar que o corpo também participa do movimento psíquico de investimentos libidinais; o corpo também participa desse balanço energético. Conforme foi dito, é comum a percepção de que uma pessoa com algum mal-estar físico – que pode ser um problema de saúde ou um estado fisiológico normal, como o sono – parece suspender parte de suas relações com os objetos amados da realidade e retroceder esses investimentos para si mesmo. Nesse caso, existe uma regressão narcísica da libido sobre o corpo. Um investimento que poderia repercutir em toda a organização psíquica, permitindo inclusive o ressurgimento de conteúdos inconscientes da pré-história do sujeito, isto é, trazendo à tona neuroses que de outro modo permaneceriam latentes (FREUD, 2010/1912).

Tal qual parece acontecer, aliás, nos casos em que se verifica a complacência somática, em que a manifestação de certas disposições inconscientes se apoia em uma fragilidade orgânica que já estava posta (LINDENMEYER, 2012). Além disso, vale lembrar que estados duradouros de dor intensa podem acarretar uma perturbação da economia psíquica, sem que isso se relacione, com o retorno do recalado (DOCKHORN; MACEDO; WERLANG, 2007). Se o Eu sofre de uma dor importante ou experimenta um acúmulo de necessidades insatisfeitas, o desamparo corpóreo encontrará expressão no desamparo psíquico (FREUD, 1996/1926[1925]). Anzieu (1989) chega a falar que, diante de dores acentuadas e contínuas – perturbação tópica que de forma singular pode afetar os limites e funções do Eu – a integridade do psiquismo fica ameaçada, afetados que estarão o pensamento e a capacidade de desejar.

Parece entrar em cena aí a faceta mortífera do narcisismo. Aposta que Green (1988) faz ao sugerir que em oposição a esse narcisismo que protege o sujeito do desamparo e que permite os investimentos narcísicos que promovem vida, existiria a face do narcisismo de morte, cujo objetivo máximo estaria na completa descarga pulsional por meio do desinvestimento. Incluindo-se, aí, os investimentos direcionados aos objetos internos, aos vínculos significativos e à sustentação do próprio Eu. Nesse sentido, o narcisismo de morte poderia se colocar como força silenciosa que ameaçaria as próprias funções do aparelho psíquico, como a função realitária (responsável pelo processo de simbolização) e a função imaginativa (responsável pela capacidade de fantasiar), colocando em xeque, além disso, os processos de identificação. Em suma, o narcisismo de morte poderia promover o apagamento do próprio Eu, que perderia sua identidade e organização, sendo uma experiência marcada pela sensação do vazio e da morte subjetiva. Sensações muito presentes, aliás, nas organizações limítrofes e naquilo que Green (1988) nomeou como psicose branca, isto é, psicose marcada pelo acentuado desinvestimento do pensamento.

Seguindo-se a direção contrária, porém, também não faltam exemplos inversos na obra freudiana, em que a irrupção de um padecimento físico conduz a um estado de aparente normalidade psíquica. Mesmo em um momento muito anterior ao desenvolvimento do conceito de narcisismo – anterior mesmo ao desenvolvimento da psicanálise propriamente dita – o autor já havia percebido que qualquer fator que modificasse a distribuição das excitações mentais, poderia repercutir positivamente no apaziguamento dos sintomas histéricos, incluindo eventos de natureza física (FREUD, 1996/1888). Em 1905, em *Tratamento anímico ou psíquico*, o autor chega a comentar que: “[...] tampouco faltam exemplos em que um grande choque ou um desgosto súbito, mediante uma alteração peculiar no tono do organismo, tem uma influência salutar sobre um estado patológico bem consolidado ou chega mesmo a aboli-lo (FREUD, 1996/1905b, p. 275)”. E, finalmente, no

texto de 1920, *Além do princípio de prazer*, Freud comenta sobre como um estado patológico orgânico tem o potencial de acarretar a remissão temporária de um quadro melancólico ou de demência precoce, formas de padecimento que em tese produziriam um grande distúrbio na circulação libidinal. Ou seja, pode-se afirmar que em alguns casos, como parte da economia psíquica, o corpo também é tomado como um objeto e, uma vez adoecido, desloca para si uma carga de investimentos que, de outra forma, instauraria conflitos psíquicos.

Daí que se deve perceber que a influência do corpo sobre o psiquismo e, vice-versa, do aparelho psíquico sobre o corpo, não é meramente pontual. Não se trata mais de uma influência só percebida através das manifestações sintomáticas históricas. Nem parece se tratar, por outro lado, apenas de uma relação mediada pelos prazeres corporais. Antes disso, o corpo participa do equilíbrio econômico da pulsionalidade, sendo ele mesmo objeto de investimentos para o aparelho psíquico. As doenças físicas, desse modo, modificam arranjos do regime libidinal, tal como acontece, para citar os exemplos usados por Freud ao longo de sua obra, no luto, no padecimento histórico, no padecimento narcísico. Freud chegou inclusive a cogitar que em todos os casos de adoecimento deveriam operar motivos de ordem psíquica, ainda que em alguns desses casos os motivos internos seriam mais prementes, operando neles a autopunição, penitência e remorso (FREUD, 1996/1905[1901]). Em todo caso, o conceito de narcisismo e suas implicações dão fundamentação àquilo que Freud já havia observado em seus casos clínicos, sobretudo no caso de Dora. A saber, que o sofrimento psíquico não pode ser distinguido de maneira reducionista do sofrimento que se abate sobre o corpo físico (ÁVILA, 2016).

O corpo construído a partir do narcisismo é um corpo erigido pelo desejo e pelas idealizações alheias, apreendido, dessa forma, não a partir da anatomia, mas das potencialidades imaginadas para o sujeito em questão. É um corpo cuja construção é imaginária, mas que se coloca solidamente no cenário de investimentos pulsionais enquanto objeto, enquanto parte fundamental do balanço pulsional do sujeito. Com o narcisismo, o corpo pode sair da ordem auto-erógena, construindo-se na alteridade e se afastando do registro biológico. O corpo passa a ser sensível à fala e, assim, torna-se válido questionar o sujeito sobre o seu lugar perante si mesmo e sua participação no adoecimento que acomete seu corpo. Manifestação que rompe o silêncio dos órgãos e, em seu grito, pode carregar algo da verdade sobre a pessoa (TEIXEIRA, 2006).

Ainda assim, é preciso dizer que o conceito de narcisismo não esgota as considerações freudianas sobre o corpo. Na verdade, o texto sobre o narcisismo parecerá até mesmo inocente frente as descobertas que seriam feitas após a assim chamada virada da década de 20. Por ora, basta adiantar que, tendo-se apreendido as contribuições do

narcisismo para a compreensão do corpo, falta-nos agora olhar para um novo conceito introduzido por Freud. Trata-se da pulsão de morte, que inaugurará um novo dualismo pulsional a partir do qual a corporeidade também poderá se construir pela via última da dor, do sofrimento e do trauma (LAZZARINI; VIANA, 2006). A partir do qual o corpo, inserido na economia psíquica, poderá ser objeto de escoamento a pulsão mortífera, lesionando o órgão e produzindo o adoecimento. Ou, ainda, em que o adoecimento orgânico pode ser tomado como substituto de uma cota de sofrimento que, de outra forma, assumiria um viés psíquico.

## 2.6 ADOECIMENTO FÍSICO: SUBSTITUIÇÃO E FINALIDADE

Ao atender Elisabeth, logo ficou evidente para Freud que a paciente não fazia tudo que lhe era recomendado. Se a instrução era que ela contasse tudo que lhe viesse à mente quando solicitada a pensar no início de seus sintomas, não raro a paciente se calava e ocultava suas lembranças. Nas palavras de Freud, a paciente parecia resistir ao tratamento. Indicando assim, em última instância, uma resistência à própria cura, como se algo nela zelasse pela manutenção do sintoma que lhe causava sofrimento.

Freud viria solucionar essa aparente contradição, presente nos casos de neurose, com a ideia de conflito: embora o desejo infantil urgisse por uma determinada satisfação, sua realização causaria um desprazer maior do que a satisfação almejada, fazendo da aparição dos sintomas uma solução de compromisso. Isto é, a instalação do sintoma evitaria que o desejo proibido ascendesse à consciência, ao mesmo tempo em que satisfaria as pulsões por meio de uma descarga substitutiva. O paciente, dessa forma, resiste ao tratamento porque o sintoma lhe proporciona uma saída econômica para o conflito, sendo que, mesmo gerando um sofrimento, proporcionaria também uma satisfação disfarçada da qual o sujeito não quer abrir mão.

O que Freud parecia não estar atento, na época em que atendeu a Srta. Elisabeth, é que o amor que Elisabeth sentia pelo cunhado – e que aparentemente estava na origem da irrupção dos sintomas da moça – não era um evento inédito em sua história. Na verdade, a paciente parecia estar atualizando com o cunhado um padrão de investimentos que sempre acabava da mesma forma, com Elisabeth sozinha e insatisfeita. Basta pensar no primeiro namorado da moça, um rapaz que apesar de corresponder a seus sentimentos, não teria condições financeiras para lhe bancar como esposa, o que a obrigaria a permanecer em uma longa e frustrante espera até o dia em que poderiam finalmente se casar. A relação de cuidados que teve com seu pai, também, chama a atenção. Não à toa Freud teria frisado o fato de que Elisabeth ocupou junto ao pai doente o papel de esposa, investindo grande energia nessa relação de cuidado que, igualmente, a manteve em uma condição de

frustração. Por fim, vemos o interesse da moça direcionado ao cunhado, um amor que, dadas as circunstâncias, era obviamente impossível e, mesmo se levado à cabo, não deixaria de ocasionar sofrimento: se concretizado o romance, a moça estaria magoando a irmã querida, o que lhe causaria grande desconforto. A alternativa encontrada foi permanecer, como sempre, insatisfeita e concentrada em suas dores, a substituição da satisfação que lhe era proibida.

Ora, se analisada a situação de perto, pode-se dizer que Elisabeth repetia um certo tipo de investimento que, amiúde, mantinha incólume a frustração do seu desejo, não evitando o desprazer. Se é verdade que ela extraia uma satisfação do seu sintoma – e possivelmente benefícios secundários da situação de adoecimento – por certo parece existir um resto no seu comportamento que urge pela repetição de uma cena que causa sofrimento, violando-se o Princípio do prazer. E fato é, que a experiência clínica tornou evidente para Freud (1996/1920) que grande parte da vida psíquica humana opera por mecanismos que nem ocasionam prazer e nem, por outro lado, evitam o desprazer. Nesse sentido, os sonhos traumáticos se tornaram o paradigma dessa observação. Na medida em que, até então, defendia-se que os sonhos eram realizações de desejos inconscientes, os sonhos traumáticos reatualizavam uma vivência de grande sofrimento, sem se encontrar neles um desejo e tampouco uma satisfação libidinal.

O contato com as neuroses de guerra – amplamente disseminadas como fruto dos horrores vividos em larga escala durante a Primeira Guerra Mundial – conduziu Freud a importantes reformulações teóricas, a começar com a ressignificação da sua ideia inicial de trauma. Conceito que, agora, será tomado sobretudo na sua dimensão econômica. Se a ideia inicial era que o efeito traumático se daria em decorrência de uma experiência sexual penosa na qual a emoção aflitiva fora suprimida, agora o trauma será tomado como uma vivência (interna ou externa) de caráter excessivo, marcada pela intensidade do acontecimento frente às possibilidades de defesa do sujeito (FREUD, 1996/1920). Extrapolando a ordem do sexual, o trauma indicaria o rompimento do sistema de paraexcitação, culminando em um aumento energético não dominado no aparelho psíquico. Essa energia solta, desvinculada de uma representação simbólica, existiria no psiquismo como uma marca no campo sensorial e perceptivo, escapando à ordem das palavras e às possibilidades de descarga (NEVES, 2019).

Pode-se afirmar que o trauma remete o sujeito ao desamparo, isto é, à desorganização do aparelho psíquico, sendo que o núcleo da reação traumática apela diretamente ao fisiológico. Diante da reatualização do trauma, despertam-se estados de agitação motora, estupor, confusão mental e crises de angústia, como se nesse ponto o tempo psíquico parasse e o sujeito vivenciasse a experiência traumática em um presente

contínuo (KLAUTAU; WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS, 2016; MACÊDO, 2014). E isso tanto para um trauma de origem externa, principalmente no encontro com perigos de morte, quanto com traumas de origem interna, sobretudo com a ameaça da perda de um objeto amado (FREUD, 1996/1926[1925]). Afirmção que já permitiria adiantar a defesa das experiências de perdas significativas – seguidas pela reação de luto – como traumáticas. Verificando-se nessas experiências, aliás, a mesma exageração de sensações físicas provocadas pela angústia nas situações traumáticas. Exagerações que muitas vezes podem mesmo se confundir com doenças graves – a palpitação da mãe que perdeu o filho é confundida com o infarto, por exemplo (PARKES, 1998).

Vale notar que, para Freud (1996/1926[1925]), uma característica essencial do traumático é o fator surpresa. O autor aposta que a condição de despreparo do sujeito, diante do que o sucederá, é de extrema relevância para que o acontecido se torne uma experiência traumática. Daí a importância da angústia, o afeto que comunicaria ao Eu os perigos internos e externos, preparando-o para o acontecimento. Todavia, para além de sinalizar o perigo ao Eu, a angústia também poderia invadir o sujeito por completo, desorganizando-o quando a situação traumática se instala sem a preparação prévia. Nesse sentido, a angústia teria como disparador um objeto duplo. De um lado ter-se-ia a eclosão de uma experiência traumática que despertará o afeto de angústia – a angústia automática – e, em um segundo momento, o gatilho desse estado poderia ser um sinal que aponta para a repetição do trauma – a angústia sinal (FREUD, 1996/1932-1936). Nas palavras de Rinaldi (2001):

Ao examinarmos rapidamente o conceito de angústia, vemos que Freud trabalha com duas concepções de angústia: a primeira delas diz respeito à angústia como pura falta de representação, como excesso quantitativo (teoria econômica) e a segunda, apresentada no texto 'Inibições, sintomas e angústia' (1926), em que a angústia assume um valor de representação como sinal de perigo (teoria histórica). Sem negar a primeira concepção, Freud a reelabora no âmbito da segunda tópica, onde privilegia o eu como lugar da angústia, passando a concebê-la como a marca histórica do traumatismo, o que vai levá-lo a vinculá-la, secundariamente, à perda de objeto. Mantém, entretanto, a nomeação de duas modalidades de angústia: angústia automática e angústia sinal, em que a passagem da primeira para a segunda faz o caminho da pura alteração econômica para a situação já simbolizada de perda objetal (RINALDI, 2001, p. 196).

A angústia, portanto, coloca o Eu em estado de alerta no afã de evitar a situação traumática, sendo que, quando a situação perigosa se concretiza, a angústia inunda o aparelho psíquico à mercê do desamparo. No primeiro caso, frente a um sinal que explicita um perigo psíquico – em última instância, a perda do objeto de amor – o Eu sente necessidade de se defender, sendo que uma dessas formas seria o próprio recalque. Ou seja, é a própria angústia que põe o recalque em movimento quando o Eu percebe que uma satisfação libidinal, de futuro

perigoso, lhe parece possível de realização (FREUD, 1996/1932-1936). A angústia é primária em relação ao recalque, do que se pode afirmar que ela é estruturante do sujeito (PRATA, 1999).

Cabe reiterar, porém, que embora o aparelho psíquico possa despertar as sensações somáticas de angústia, ele não necessariamente é capaz de lidar com elas (FREUD, 1996/1940[1938]). Na situação em que o trauma se instala, supõe-se que a irrupção da angústia tencione o aparelho psíquico, ocasionando o desprazer característico que, amiúde, manifesta-se por alterações somáticas. Seja como um sinal ou como uma reação diante do trauma, fato é que a angústia, não raro, se faz acompanhar de várias sensações físicas desagradáveis, principalmente relacionadas ao coração e aos órgãos respiratórios (FREUD, 1996/1926[1925]). A angústia, dessa forma, revelaria mais um desses exemplos em que a vida psíquica atua sobre o corpo, determinando uma série de reações fisiológicas, como a contração dos músculos faciais, alterações da circulação sanguínea e modificação das secreções hormonais, tão bem descritas por Freud ainda em 1905b, em *Tratamento psíquico (ou anímico)*. A virulência do traumático, que não encontra caminho na ação simbólica, incide sobre o estado físico da matéria (QUEIROZ, 2008).

No momento, contudo, vale notar que o trauma despertaria tanto reações negativas – ou defensivas –, representadas sobretudo pela inibição e evitação de qualquer coisa que faça rememorar a situação traumática, quanto reações positivas, incluídas nessas o ato da repetição – desprazerosa – do trauma (FREUD, 1996/1939[1934-1938]). Tal como acontece nos sonhos traumáticos típicos das neuroses de guerra, observa-se nesses casos a repetição de uma vivência de intenso sofrimento, repetição que parece acontecer na medida em que o Princípio do prazer falha. Entra em jogo, nesse cenário, o movimento que Freud (1996/1920) denominou como a compulsão à repetição, cuja finalidade seria a atualização dolorosa do estupor traumático na tentativa do aparelho psíquico de dominar e descarregar o excesso pulsional provocado pelo trauma. Isto é, repete-se o traumático na tentativa de inscrever a energia solta em uma cadeia de representações. Movimento que é, todavia, sumariamente frustrado pela força de algo mais arcaico e estrutural que entra em cena, uma tendência pulsional conservadora que no âmago da desordem traumática inviabiliza as ligações psíquicas, impedindo a elaboração do trauma.

Longe de representar uma exceção da vida psíquica, a repetição já havia sido objeto da pesquisa freudiana há muito tempo. Seja em ato, sonhos, brincadeiras ou pensamentos, o autor pressupunha subjacente à repetição o retorno de um recalcado que se manifestaria na insistência repetitiva que até então, pensava-se, estaria subordinada ao Princípio do prazer – e à sua respectiva modificação, o Princípio da realidade. Agora, porém, Freud (1996/1920) aposta em um resíduo que escapa à determinação desses princípios. Um

resíduo que impele o sujeito à repetição e cuja finalidade é o retorno a um estado anterior de excitações. Trata-se de um movimento pulsional que urge pela satisfação encontrada no rebaixamento da tensão em detrimento do prazer proporcionado pela ligação libidinal, que acrescenta tensão e complexidade à vida psíquica. Em última instância, trata-se de um modo de agir pulsional que visaria encontrar um estado livre de excitações, sendo a morte o protótipo dessa condição impossível à vida.

Postula-se, assim, uma nova classe pulsional – a pulsão de morte – cujo alvo estaria na restauração de um estado anterior das coisas, mesmo às expensas do prazer. Frente às estimulações, internas ou externas, inerentes à condição de vida, parece existir nos organismos uma tendência em direção a uma homeostase pregressa, correspondente a um estado inanimado. Movimento que obedece ao Princípio do Nirvana<sup>10</sup>, isto é, à tendência de manter o aparelho psíquico com uma quantidade de excitação tão baixa quanto possível (FREUD, 1996/1920).

Obviamente, o agir desenfreado da pulsão de morte aniquilaria a vida, daí a necessidade de contrapor essa classe a um outro modo de ação da pulsionalidade, a classe das pulsões de vida. Nessa última, estariam inclusas as pulsões sexuais e aquelas que, até então, eram chamadas de pulsões de autoconservação. O que significa que, se outrora a sexualidade era vista como problemática à conservação da vida, sua capacidade de aglutinar e construir vínculos com os objetos externos – capacidade tão cara à constituição do próprio Eu – será compreendida agora como essencial à manutenção da integridade psíquica. Em oposição à virulência da pulsão de morte, que buscaria aniquilar a estimulação apostando na destruição dos investimentos, a pulsão de vida poderia ser vista como um princípio de coesão.

Pulsões de vida e pulsões de morte, assim, instauram o novo dualismo pulsional na obra freudiana, substituindo o antigo conflito entre as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação (GARCIA-ROZA, 2009). E aqui a ideia de conflito é importante, na medida em que a aposta de Freud, em uma nova modalidade de embate pulsional, visa justamente manter em sua obra a ideia de um conflito operante na determinação dos fenômenos psíquicos (FIGUEIREDO, 1999). Parte-se agora do pressuposto didático de que quando a pulsão de morte avança no sentido de se aproximar do estado almejado livre de estimulações, as pulsões de vida (a libido, ou simplesmente Eros) colocar-se-iam em

---

<sup>10</sup> Na sua obra *Além do princípio de prazer*, Freud (1996/1920) se utiliza também do termo 'Princípio da Constância', cuja formulação remete à época do seu *Projeto para uma psicologia científica*. Em suas obras posteriores à 1920, porém, 'Princípio do Nirvana' parece substituir o 'Princípio da Constância'. Para alguns autores, entretanto, os dois conceitos não seriam de fato substituíveis, visto que, enquanto o Princípio da constância buscaria manter uma cota mínima de excitação no aparelho, o Princípio do nirvana almejaria um estado completamente livre de excitações (SILVA, 2019).



marcha e empreenderiam um retrocesso nesse movimento iniciado pelas pulsões de morte, zelando pela manutenção da vida (FREUD, 1996/1920). Na prática, entretanto, as ações dessas duas classes pulsionais não apareceriam dissociadas, mas intrincadas. Isso porque, conforme observou Freud (1996/1920), um componente agressivo (sádico) também pode ser visto na função sexual. Como se parte da pulsão de morte fosse expulsa do Eu – por Eros – e dirigida para fora, revelando-se na relação objetal e direcionando o caminho da libido. Por isso Roudinesco e Plon (1998c) enfatizaram o caráter funcional da pulsão de morte dentro de um sistema que parece seguir um modelo pendular: “[...] faz alternar certas pulsões, premidas a atingirem a meta final da vida, com outras que estão mais voltadas para fazer o percurso dessa vida durar (ROUDINESCO; PLON, 1998c, p. 488)”.

Muito simplificada, tende-se a vincular a ideia de pulsão de morte ao desligamento e a pulsão de vida à ligação, simbólica e objetal. Entretanto, é válido perceber que há formas do agir da libido que produzem desligamentos, como o estado de enamoramento que afasta o sujeito do mundo externo, obcecado que fica pelo objeto de amor. Por outro lado, há formas do agir da pulsão de morte que se emprestam à manutenção de ligações coesas, como no caso da eleição de um bode expiatório que promove o direcionamento da destrutividade das pessoas para fora de um grupo. Além disso, não se pode duvidar que há rupturas que são benéficas para o sujeito, colocando-se ao lado da vida ao desfazer padrões repetitivos que levam à destruição, enquanto, por outro lado, há também reuniões potencialmente desorganizadoras, e o próprio Freud nunca deixou de enfatizar as complicações que podem ser ocasionadas pelo agir de Eros, como nos casos de estabelecimentos de vínculos com parceiros invasivos. O que se torna ainda mais complexo uma vez que se pode verificar a existência de conflitos entre Eros e Eros e Tânatos e Tânatos. (FIGUEIREDO, 1999). De todo modo, vale afirmar que no desequilíbrio perpetrado pela pulsão de morte, existe uma dinâmica que se opõe à degradação e, mais do que isso, manifesta no conflito pulsional um movimento criador; do caráter desestabilizante da pulsão de morte pode-se produzir também uma positividade (PRATA, 1999). Tal como é visto no caso da arte, em que o excesso pulsional se faz presente no fazer artístico e, ainda assim, possibilita a estruturação de uma realidade pessoal e estilizada, inventando novos caminhos para as forças pulsionais (BARTUCCI, 2000).

De fato, mesmo se pensando na violência das vivências traumáticas, parece existir uma plasticidade psíquica capaz de transformar a experiência excessiva em algo de outra ordem. Se o trauma pode ser desestruturante para o aparelho psíquico, quando ameaça o seu esquema identitário, Ferenczi (1990/1924) também aposta no caráter estruturante de algumas vivências traumáticas. Essas últimas, como a castração e a *toalete*, não seriam tipos diferentes de vivência traumática, mas imprimiriam ao psiquismo um equilíbrio precário

que oscila sempre entre a possibilidade da organização e a desorganização do aparelho psíquico (CAVANEZ, 2013). A verdade é que o trauma espanaria a funcionalidade psíquica habitual, colocando o sujeito frente a uma nova exigência, a partir da qual se opera uma transformação no Eu ou o seu aniquilamento. Daí que o trauma seria um ponto nodal da subjetividade (VERZTMAN; RAMÃO-DIAS, 2020). Fala-se, assim, do agir da pulsão de morte desde o nascimento do bebê, que somente com a intervenção externa poderia adquirir o gosto pela vida e a capacidade de adaptação. Na ausência disso, argumentará Ferenczi, a criança morreria, voltando sua pulsão de morte contra si mesma (FERENCZI, 1992/1929).

Freud (1996/1939), por sua vez, no final da sua obra, cogitará que uma vivência traumática precoce poderia ser o fator fundante da neurose. O autor oferece, assim, margem para se pensar a existência de experiências traumáticas muito arcaicas, cuja expressão é dificultada por se situarem em um tempo anterior à aquisição da linguagem (KLAUTAU; WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS, 2016). No mais íntimo da vida anímica, portanto, poderiam existir vestígios de traumas marcados no corpo, abrindo-se espaço para que a corporeidade, que é fundada no erotismo, seja também constituída no registro do trauma (do excesso não simbolizado), da dor e da angústia (LAZZARINI; VIANA, 2006).

Ora, pensando-se na questão corporal, vale dizer que a pulsão de morte é muitas vezes reconhecida como uma descarga agressiva dirigido ao mundo externo por meio do aparelho muscular. Entretanto, retomando o conceito de narcisismo, lembra-se que essa diferenciação entre o interno e o externo é porosa, de forma que o Eu, passível de erotização, também é tomado como objeto da pulsão (CERRUTI; ROSA, 2008). Daí que, se os objetos podem ser tomados como alvo de descarga pelas duas classes pulsionais, o Eu também se configurará como alvo de descarga das pulsões de morte, realizando-se sobre ele uma experiência de satisfação pulsional que é diferente da experiência do prazer e desarraigada de um sentido simbólico. Se o conceito de narcisismo permitiu compreender a maneira como o corpo se situa frente ao balanço libidinal, a elaboração do conceito de pulsão de morte evidencia que a psicanálise já não trabalha mais somente sobre o material inconsciente, erótico e simbolizado, que está inacessível pela via do recalque (MACEDO; FALCÃO, 2005). Antes disso, entra em jogo, agora, a destrutividade que se descarrega sobre o Eu – podendo até mesmo destruí-lo – e que carece de representação.

Dessa forma, o corpo, o Eu-corpo, também se coloca como objeto para o escoamento pulsional, podendo mesmo conter um desequilíbrio energético que, de outra forma, tornar-se-ia traumático. A título de exemplo, vale recorrer ao modelo apresentado por Freud (1996/1920) em relação às neuroses de guerra. Situação na qual houve um excesso de tensão psíquica acumulada de tal forma que o aparelho psíquico se vê incapacitado de

vincular o excesso de energia livre a uma cadeia simbólica. Como resultado, uma vivência de grande intensidade emocional permaneceria sem uma representação, ocasionando um profundo sofrimento e a desorganização do psiquismo. No caso contrário, entretanto, é curioso perceber que a ocorrência de um dano físico, simultâneo à vivência de uma situação muito extremada, diminuiria a probabilidade de instauração da neurose. Cogita-se que a injúria física, ao solicitar o contrainvestimento<sup>11</sup> para a área afetada, direciona o excesso de excitação psíquica para essa região, evitando a circulação de um excesso de energia livre que poderia promover a desorganização do aparelho psíquico. Podendo-se interpretar, ainda, que a lesão no corpo forneça alguma representação ao acontecido, erigindo-se assim um sentido capaz de diminuir as manifestações psíquicas do trauma (SANTOS; RUDGE, 2014). Em ambas as hipóteses, o corpo participaria da economia psíquica, como um importante recurso para desvio do excesso pulsional e manutenção da integridade do psiquismo.

A situação oposta, entretanto, também seria válida, sendo que uma desordem orgânica que provoque dor intensa e contínua, por exemplo, poderia ser responsável pelo acúmulo traumático de tensões psíquicas. Nesse caso, pode-se dizer que a injúria física encontraria expressão no desamparo psíquico (FREUD, 1996/1926[1925]). E se essa não parece exatamente uma informação nova, visto a similaridade com as observações feitas no subcapítulo sobre o narcisismo, a novidade aqui é que o acúmulo já não é apenas de natureza libidinal (STACHEY, 1996). A dor física seria resultado do encontro entre o excesso energético que invade e circula livremente pelo aparelho psíquico, uma vez rompida a barreira protetora do corpo, com a energia acionada para vincular esse excesso a uma representação (o contra-investimento), produzindo-se assim um grande investimento narcísico no órgão injuriado<sup>12</sup> (BORGES, 1996). A depender da sua intensidade e duração, a perturbação tópica poderia ameaçar a integridade do psiquismo, afetando o pensamento e o desejo. Prolongando-se a perturbação tópica, o sujeito ficaria à mercê de uma experiência narcísica, na qual cada um está profundamente só diante de sua dor, que, não obstante, pode acionar o Princípio do Nirvana. Na busca por um estado livre de excitações, o Eu-corpo que dói pode preferir morrer a continuar sofrendo (ANZIEU, 1989).

A mobilização da pulsão de morte pelo Eu, ou sobre o Eu e o corpo, todavia, não se limita a circunstâncias acidentais, como a instalação de doenças orgânicas ou de injúrias físicas. A ação da pulsão de morte sobre o Eu é constitucional, na medida em que

---

<sup>11</sup> Compreende-se aqui o contrainvestimento como a cota energética mobilizada pelo psiquismo para fazer frente à estimulação excessiva que penetra no aparelho psíquico.

<sup>12</sup> A condição econômica por detrás da dor física é análoga a da dor psíquica, diferenciando-se apenas o tipo libidinal em questão: na dor física estaria em jogo o acúmulo de investimentos narcísicos enquanto na dor psíquica o acúmulo seria de investimentos objetivos.

juntamente ao conceito de pulsão de morte, inaugura-se nos anos de 1920 uma nova compreensão tópica acerca da organização psíquica. Em contraposição ao Eu, alocado como o representante do mundo externo para o psiquismo, Freud (1996/1923) localizaria uma nova instância como a representante do mundo interno, o Supereu. Instância que seria derivada da resolução do Complexo de Édipo e empreenderia uma modificação permanente no Eu. Trata-se da formação de um precipitado sobre o Eu – fruto da uma identificação com a função paterna – que se volta sobre o Eu e estabelece com ele uma relação de fiscalização. O Supereu, pode-se dizer, acaba incorporando as tendências morais e estéticas do Eu e, assim, impelindo-o ao recalque dos desejos que ferem essas tendências. Assumindo, portanto, um papel relacionado ao autojulgamento, às injunções, proibições e à censura moral (FREUD, 1996/1923).

No processo de formação do Supereu, há a desusão pulsional das tendências eróticas e agressivas até então voltadas ao Complexo de Édipo. Dessa forma, se de um lado o Supereu é formado pela libido dessexualizada, que se direcionava ao Complexo de Édipo, por outro ele se apropria da cota livre de pulsão de morte restante da defusão pulsional. Cota que irá incrementar sua severidade típica contra o Eu (FREUD, 1996/1923). Em outras palavras, pode-se afirmar que uma cota da pulsão de morte está permanentemente direcionada ao Eu, ao Eu-corpo, como um resto circulante de energia livre desvinculada de representações. Um resto que incrementará a crítica do Supereu ainda que o Eu faça de tudo para o agradar. Basta lembrar que em *Luto e melancolia*, texto de 1917, Freud já havia afirmado que aquelas pessoas de moral e bondade mais irrepreensíveis, eram também as mais predispostas à melancolia, condição em que o sujeito empreende uma série de autoacusações injustificadas. O que será interpretado, a partir de 1923, como a expressão de um Superego particularmente cruel, cuja agressividade é direcionada contra o próprio Eu em detrimentos de objetos externos. Da descarga da pulsão de morte sobre o Eu, o sujeito experimentaria um sofrimento autoengendrado do qual extrairia uma satisfação mórbida.

À parte o exemplo caricato da melancolia, a verdade é que a satisfação proporcionada ao sujeito a partir da descarga da pulsão de morte superegoica sobre o Eu, fez Freud (1996/1924) postular a existência de um masoquismo<sup>13</sup> primário ou erógeno. Nesse sentido, o autor aposta que a cota de pulsão de morte, livremente circulante no aparelho psíquico, logo seria associada a um componente da libido, encontrando no Eu seu objeto. Desse agir pulsional, resultaria um aparelho psíquico sempre à mercê de uma

---

<sup>13</sup> A forma de masoquismo compreendida enquanto uma perversão sexual, embora relacionada ao masoquismo moral, trata-se do deslocamento, para plano secundário, dos fins sexuais, substituídos pelo objetivo de obtenção de sofrimento durante o ato sexual (FREUD, 1996/1932-1936).

parcela de desequilíbrio, tornando inevitável o sofrimento humano (SILVA, 2009). Ou seja, atuante pelo menos desde a resolução do Completo de Édipo, existiria uma satisfação egóica ocasionada pelo agir da pulsão de morte descarregada sobre o próprio Eu. Uma satisfação pulsional que se dá no sofrimento e que nos ajudar a compreender o fenômeno clínico de algumas repetições. Se até então o autor cogitava a ideia de um sadismo primário, perspectiva impulsionada pela observação do agir infantil no sentido de dominar e destruir os objetos, o que o autor propõe agora é que o sadismo nada mais seria do que a pulsão de morte dirigida para fora do aparelho psíquico na forma de agressividade. Uma ação posterior a um masoquismo primordial que, portanto, lhe precede (FREUD, 1996/1932-1936).

Mais do que isso, porém, deve-se atentar para o fato de que a cota masoquista voltada ao Eu se liga em um frágil equilíbrio com moções eróticas, instaurando a possibilidade de libidinalização das vivências de sofrimento, como as situações de desprazer e desamparo. Ao seu turno, a dinâmica masoquista primária exerceria um importante papel na preservação da vida, tornando as vivências de sofrimento suportáveis e ruidosas (rompendo o silêncio da pulsão de morte). Em última instância, o masoquismo primário permitiria também amenizar a desorganização progressiva do aparelho psíquico ao evitar a satisfação pura da pulsão de morte sobre o Eu (VOLICH, 2016). Se, contudo, o equilíbrio pulsional estiver desbalanceado em favor de Tânatos, encontra-se diante do caráter mortífero do masoquismo, sendo que aqui vale recuperar a observação freudiana, feita anos antes, sobre o suicídio: o ato destrutivo máximo da pessoa contra seu próprio Eu não se dá sem uma cota libidinal envolvida (FREUD, 2013/1917[1915]).

A questão econômica do masoquismo, porém, não se esgota aí. Haja vista que a destrutividade da pulsão da morte não recai ao Eu apenas por conta do masoquismo erógeno. Há, pois, atuante no psiquismo, um sentimento inconsciente de culpa que também pode buscar no sofrimento o seu processo expiatório. Podendo-se emanar daí o poder das resistências, uma vez que o próprio sofrimento neurótico poderia ser tomado como forma de punição por essa culpa, alimentando, dessa maneira, uma forma de masoquismo que Freud (1996/1924) definiu como moral. Um masoquismo muito curioso na medida em que prescinde do objeto; tem o sofrimento como meta, pouco importando as fontes das quais ele deriva. O masoquismo moral inaugura, assim, a peculiar situação econômica em que uma dor – que se supõe como aumento de tensão no aparelho psíquico – pode causar alívio, sendo procurada como um mecanismo apaziguador da culpa (NASIO, 1997).

Para Freud, o masoquismo moral seria antes uma necessidade de punição do que um sentimento inconsciente de culpa, apostando, como mecanismo de tal fenômeno, um processo de sexualização da moralidade. Isto é, sexualização justamente do processo que

condenaria a sexualidade. Desse modo, a pessoa seria levada a praticar ações que lhe parecessem incorretas em virtude da posterior necessidade de expiar seus pecados. Como se a pessoa precisasse ir contra ela mesma, extraindo posteriormente uma satisfação de sua própria miséria. Ou, posto de outro modo, uma estranha satisfação em sentir-se culpado (NASIO, 1997). Nessa equação, a agressividade que até então poderia encontrar descarga no mundo externo, retornaria ao Supereu, inflando sua crueldade que encontrará destino em um Eu masoquista; uma relação complementar potencialmente destrutiva em termos de sofrimento (FREUD, 1996/1924).

Um exemplo dessa situação pode ser encontrado no texto *Dostoiévski e o parricídio*, em que o escritor russo é descrito como alguém que age de forma prejudicial, mesmo tendo consciência do prejuízo a que está se submetendo (FREUD, 1996/1928[1927]). Ele aposta seu dinheiro no jogo não com a esperança de ganhar, mas sabendo de antemão que irá perdê-lo. Em outras palavras, ele age de forma reprovável intencionalmente, engendrando ativamente seu sofrimento na forma da derrocada financeira. Por detrás desse comportamento autodestrutivo, portanto, podemos cogitar uma motivação inconsciente que urge pela punição (ver-se desprovido de tudo que é seu) e extrai, com isso, a satisfação pulsional pela expiação de uma culpa que ele propriamente desconhece, pois, inconsciente.

Ao nosso exame, porém, interessa perceber a observação que Freud faz acerca da plasticidade do masoquismo moral:

É também instrutivo descobrir, contrariamente a toda teoria e expectativa, que uma neurose que desafiou todo esforço terapêutico pode desvanecer-se se o indivíduo se envolve na desgraça de um casamento infeliz, perde todo o seu dinheiro ou desenvolve uma doença orgânica perigosa. Em tais casos, uma forma de sofrimento foi substituída por outra e vemos que tudo quanto importava era a possibilidade de manter um determinado grau de sofrimento (FREUD, 1996/1924, p. 183-184).

Ora, ao afirmar que uma doença orgânica pode assumir o lugar de uma afecção psíquica, mantendo-se o nível de sofrimento almejado pelo masoquismo moral, Freud (1996/1924) está afirmando que o corpo também pode cumprir, por vias não controláveis e não volitivas, o papel de mártir. Em outras palavras, algo que se abate sobre o orgânico pode ser tomado como a realização da punição almejada pela culpa inconsciente, uma punição que possui, não obstante, determinações morais; determinações de ordem psíquica. Diferentemente do que se vê com Dostoiévski, que nitidamente constrói a própria ruína, em um movimento em que dá à perder os bens e o amor que possui (FREUD, 1996/1928[1927]), uma doença orgânica que invada o organismo, a cuja realidade material se tem pouco acesso, pode cumprir o mesmo efeito que, no caso do autor russo, lhe exigia tanto empenho. Evidencia-se, dessa forma, que para o psiquismo o sofrimento orgânico, tomado aqui como um

adoecimento físico cabível em uma nosografia médica conhecida, pode ter a mesma natureza do que o sofrimento moral, ao ponto de serem substituíveis<sup>14</sup>.

Cumprе ressaltar que já não se trata aqui simplesmente do modelo fornecido pelo sintoma histérico, que é mediado pela palavra e se apoia no corpo para expressão de um conflito relacionada à sexualidade. Diferentemente do que conjecturou Freud, ainda no caso Elisabeth, em que suas dores físicas poderiam estar sendo utilizadas como símbolo de seu sofrimento moral, impera aqui a ideia de uma passagem. O que Freud está apresentando agora é a possibilidade de utilização do organismo para uma descarga da pulsão de morte que não se inscreve em elementos simbólicos, alcançando sua satisfação no puro desprazer do sofrimento. Um sofrimento que, ao dar vazão à agressividade da culpa imposta pelo Supereu, buscará ser mantido pelo aparelho psíquico. Mesmo em face do sofrimento, a resistência se levantará contra sua remissão, integrado que está esse adoecimento em um arranjo que economiza a culpa e angústia.

Em outras palavras, se na formação do sintoma neurótico, mais especificamente da conversão histérica, o que se vê é a plasticidade do corpo, que se empresta para a formação de um sintoma que é símbolo do conflito inconsciente, na lógica aqui apresentada por Freud, acerca do masoquismo moral, a doença física, que pode substituir até mesmo uma formação neurótica, não cumpre esse papel de símbolo. Sua forma nada diz acerca de uma simbologia inconsciente, sendo que seu papel não é o estabelecimento de uma via sexual substituta, mas a manutenção de um arranjo econômico do psiquismo que expia a culpa por meio da manutenção de um sofrimento. O que não quer dizer, todavia, que não existam benefícios secundários extraídos da condição de adoecimento. Na medida em que as doenças físicas tendem a ser consideradas como entidades nosológicas objetivas, o sofrimento por elas perpetrados tendem a ser legitimados socialmente e os elementos psíquicos a elas relacionados são tomados como circunstanciais, ao invés de parte integrante do processo de adoecimento (ÁVILA, 2016). O adoecimento do corpo não só tende a tirar o foco de conflitos psíquicos atuantes como, também, pode desresponsabilizar a pessoa enferma por seu destino. Se os sintomas neuróticos convocam o sujeito a responder por eles – porque aparentemente associados à esfera volitiva – o adoecimento orgânico, resultado de processos não controláveis pela vontade, permite que a pessoa se desimplique da sua responsabilidade pelo padecimento, fazendo do organismo um silencioso bode expiatório para processos inconscientes.

---

<sup>14</sup> Cumprе registrar que, todavia, não se afirma que a mobilidade de expressão do sofrimento (ora pela via do corpo ora pela via psíquica) permaneça a mesma uma vez que o sofrimento se incida sobre o orgânico.

Opera, nesse processo, a ideia do princípio da Constância, a ideia de um equilíbrio pulsional: a irrupção do adoecimento físico poderia cumprir um papel na manutenção da cota de sofrimento estrutural do aparelho psíquico, substituindo outras formas de padecimento, mas não se acrescentando a elas. Ou seja, o jogo econômico – as quantidades pulsionais em cena – é mantido, tal qual já observara o autor acontecer nos casos melancólicos ou esquizofrênicos, que tendem à remissão temporária ante à emergência de um adoecimento orgânico significativo, e não a um agravamento do quadro (FREUD, 1996/1920)). Fazendo-nos pensar, assim, naquilo que a medicina psicossomática chamará de alternância psicossomática, fenômeno caracterizado pela sucessão abrupta de estados de intenso sofrimento psíquico para a expressão somática desse sofrimento. Um movimento marcado não pela substituição total da forma de manifestação do sofrimento, mas de um predomínio, ora por uma forma de externalização, ora por outra (MELLO FILHO, 2002).

Nesse sentido, vale interrogar sobre a natureza dessa culpa inconsciente que parece como motor do masoquismo moral. E ao fazermos isso, o que Freud nos esclarece é uma aproximação entre a angústia e a culpa, colocando essa última como uma variedade topográfica da primeira (RINALDI, 2001). A culpa, para Freud (1996/1930), seria a angústia frente ao Supereu, ainda que anterior ao surgimento dele e ubíqua na experiência humana. Sua origem, portanto, não estaria tanto vinculada ao senso de moralidade – ainda não desenvolvido no Eu incipiente – mas voltada para a noção do bem e do mal. O mal, aqui, não compreendido enquanto o desprazer, mas como tudo aquilo pelo qual o Eu é responsável e que poderia ocasionar a perda do amor, deixando esse Eu prematuro à mercê da descarga pulsional (FREUD, 1996/1930). Tanto a angústia como a culpa, portanto, teriam como origem o desamparo originário, trazendo em si a marca histórica do traumatismo relacionado à perda objetual (RINALDI, 2001). Mas, a culpa se mostraria como uma alternativa à angústia pura, sendo sempre preferível a ela (GONÇALVES, 2019). A culpa parece pressupor algum grau de elaboração ao conferir certo sentido à angústia, encontrando na punição do Eu – seja pela forma que for, como no caso do adoecimento orgânico – um método que na fantasia inconsciente do sujeito o redimiria, evitando o desamparo; evitando a perda traumática do objeto de amor. Mesmo que, porém, esse mecanismo também seja ineficiente em poupar o sujeito do sofrimento.

Pela dinâmica masoquista, portanto, a corporeidade passa a operar um lugar e uma função no sofrimento (LINDENMEYER, 2012; VOLICH, 2016), sendo que um sofrimento de ordem anímica pode assumir uma manifestação orgânica. Nesse sentido, a descarga da pulsão de morte é dirigida para o organismo, servindo aparentemente a dois propósitos: funcionar como via de escoamento, expiando uma culpa, ao mesmo tempo em que zela pela



manutenção do conflito psíquico, que permanece atuante, ainda que sob a forma de um adoecimento físico. Assim, temos que, se um adoecimento físico pode, em alguns casos, assumir o estatuto de uma experiência traumática que desorganiza o aparelho psíquico ou conduz à regressão neurótica, em outros casos o adoecimento físico grave, no papel de substituição de um conflito, ou servindo como via de escoamento pulsional, parece funcionar como aquilo que justamente mantém em equilíbrio a economia psíquica do sujeito. Nessa última situação, o adoecimento físico evitaria a desorganização do psiquismo ao desviar para o corpo uma tensão que, de outra forma, atuaria em nível psíquico, como no caso da lesão orgânica que evita o trauma de guerra. Na clínica, aliás, não raro se veriam pacientes adoecidos fisicamente que buscam no seu analista uma testemunha para o seu sofrimento e percurso médico, indicando existir aí uma forma de alívio que se dá pela descarga produzida por meio da lesão orgânica (VOLICH, 2016).

Todavia, se é verdade que o adoecimento orgânico se empresta a esses papéis, Freud não chega propriamente a estabelecer uma relação de causalidade entre a determinação psíquica e a eclosão do adoecimento físico. Se voltarmos ao caso da Srta. Elisabeth, lembraremos que tampouco naquela situação – em que se apresentava um sintoma histérico – o autor asseverou que a desordem muscular da paciente fora causada por motivos psíquicos. Desenvolvia-se, naquele momento, a ideia de complacência somática que, conforme vimos, tornava inteligível a dinâmica pela qual um sintoma só encontra expressão corpórea se apoiado em uma fragilidade pregressa do corpo. Isto é, uma desordem orgânica previamente instalada poderia se emprestar à manifestação de determinações inconscientes, sendo que de outra forma o sintoma se manteria em nível psíquico, na forma de uma fobia ou ideia obsessiva, por exemplo (FREUD, 1996/1905[1901]). No máximo, ao longo de sua obra, Freud cogitou, com a hipótese das neuroses atuais, que a instalação de sintomas poderia acontecer por um modelo diferente do recalque, sem passar pela mediação simbólica, resultante da modificação das vias de descarga libidinal do sujeito. Ainda assim, a clínica não pôde se evadir da observação de que muitas formas de adoecimento físico se furtavam a esses modelos e propósitos. E, na verdade, muitos autores contemporâneos a Freud logo mostraram interesse por essas questões que tinham como foco o estudo das dinâmicas psíquicas do adoecer orgânico. Inaugurar-se-ia assim o polêmico campo da psicossomática psicanalítica, sobre o qual discorreremos brevemente a seguir, na continuidade do propósito de compreender as possibilidades de se abordar o adoecimento orgânico pelo referencial psicanalítico.

## 2.7 O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO PARA ALÉM DA TEORIA FREUDIANA

Embora as teorizações do narcisismo, da pulsão de morte e do masoquismo primário tenham aberto novas possibilidades para a compreensão do adoecimento físico, a ênfase histórica das obras freudianas se dá no desvelamento das neuroses. Situação em que sintomas corporais, imbrincados em uma dinâmica de revelação e encobrimento, contam uma história. Uma história que só é possível na medida em que a simbolização se impõe à anatomia, transpassando-a (SANTOS FILHO, 2010). Falamos, assim, da transgressão da ordem biológica do corpo por uma sexualidade que pode subverter as funções dos órgãos, erogeneizando-os e colocando-os à mercê das leis do inconsciente. Dessa forma, há espaço para as conversões histéricas, cujas manifestações sintomáticas, incididas sobre o corpo, não raro se confundem com demandas médicas, convocando esse saber que pouco tem a dizer sobre os sintomas que acontecem sobre um corpo que está preservado, mas que insiste em sofrer. Daí que o sintoma histérico, em última instância, extrapola a lógica médica, carregando a marca simbólica de uma lembrança recalcada ao invés de uma lesão anatômica que pudesse justificar o sintoma em nível biológico. Em evidência, sobressai-se o corpo submetido à linguagem em detrimento do funcionamento orgânico.

Nem todo sintoma físico com determinações inconscientes, contudo, obedeceria a esse modelo da conversão histérica. Como alternativa, no início de suas investigações psicanalíticas, Freud já havia proposto um outro modelo explicativo para a irrupção de sintomas físicos, no qual as manifestações corporais seriam resultado do acúmulo somático de excitações libidinais em virtude de uma modificação dos modos usuais de descarga (FREUD, 2014/1916-1917). Freud falava, assim, das “Neuroses atuais”, classe que, comportando a neurastenia e a neurose de angústia como suas representantes<sup>15</sup>, compartilharia com as neuropsicoses um mesmo fator etiológico, a sexualidade. A diferença entre as duas classes, porém, estaria no momento da influência do fator sexual. Enquanto nas psiconeuroses o fator sexual desencadeante estaria na lembrança recalcada da vida sexual infantil, pesando aqui o papel do recalque, nas neuroses atuais nada haveria de recalcado, tendo-se o sintoma como fruto das configurações da vida sexual no momento de sua aparição; daí a denominação de “atuais” (FREUD, 1996/1898; 1996/1910a), contrapondo-se à ideia de que nas neuropsicoses de defesa a origem do conflito estaria em um passado distante, ainda na infância.

Na contramão das manifestações físicas das psiconeuroses, que carregam consigo um determinante psíquico, os sintomas comuns às neuroses atuais – como pressão

---

<sup>15</sup> Ao longo de sua obra, Freud também incluirá a hipocondria como representam da classe das neuroses atuais, tal como acontece na Conferência *O estado neurótico comum*, de 1916-1917.

intracraniana, sensações de dor, estado de irritação de um órgão e enfraquecimento ou inibição de funções orgânicas, como maior predisposição ao cansaço, à insônia e à constipação, além das manifestações motoras do afeto de angústia – não carregariam um sentido inconsciente (FREUD, 2014/1916-1917; 1996/1898). Antes disso, a manutenção do excesso sexual concentrado no corpo, contribuiria para a não instalação do conflito, prejudicando a elaboração psíquica do mote sexual (FREUD, 1980/1895).

Nesse contexto, as aparições sintomáticas atuais seriam, de um lado, uma satisfação substitutiva do acúmulo de tensões sexuais em nível somático e, por outro, o resultado da intoxicação fisiológica desse acúmulo. Freud, pode-se dizer, recorreu a uma hipótese bioquímica na tentativa de compreender as neuroses atuais, nas quais pesando o fator sexual, seja por conta do excesso de atividade masturbatória ou pela adoção de vias incompletas de descarga da tensão sexual<sup>16</sup>, não atuaria o efeito do recalque. Daí a esterilidade da técnica psicanalítica diante desses quadros. Valendo aqui o fato de que o autor não chegou a negar a existência de conflitos psíquicos atuantes nas neuroses atuais, que poderiam, inclusive, contribuir para o desencadeamento de uma psicose, mas sustentou até o final da sua obra a hipótese de lesão tóxica naquela classe neurótica (FREUD, 2014/1916-1917; 1996/1925[1924]).

Apesar disso, é válido afirmar que as investigações freudianas foram progressivamente se concentrando em outras temáticas, em desfavor do estudo das neuroses atuais, cuja última menção aconteceu em 1925, em *Um estudo autobiográfico* (JUNQUEIRA; COELHO JUNIOR, 2006). A observação de um fenômeno que, porém, possui como características a dificuldade de elaboração psíquica e a preferência pela via somática de descarga em detrimento à mediação simbólica, não foi inócua para a posteridade. A clínica psicanalítica, longe de se ater somente às neuroses clássicas, teve que se haver cada vez mais com formas de adoecimento corporal que não se confundiam com as conversões histéricas (JUNQUEIRA; COELHO JUNIOR, 2006). Estamos falando das afecções psicossomáticas, cujos contornos parecem aproximá-las das teorizações iniciais de Freud sobre as neuroses atuais (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000).

O fenômeno psicossomático pode ser compreendido como aquele no qual “[...] os sintomas não se inscrevem no corpo histórico (simbólico), mas no corpo médico (orgânico), demandando intervenções, respostas e explicações à fisiopatologia” (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011, p.176). Isto é, fala-se de fenômenos psicossomáticos quando o corpo é atingido em sua materialidade física e funcional – ao invés da afetação do corpo fantasmático da histeria, que preserva a integridade corporal –, passando muitas vezes pelo

---

<sup>16</sup> Como protótipo dessa situação, Freud costuma citar a prática do coito interrompido.

crivo de uma determinada nosografia médica conhecida e atestada por exames laboratoriais (TEIXEIRA, 2006). O conceito de fenômeno psicossomático parece surgir, então, para dar conta desses fenômenos clínicos que em muito extrapolam às leis conversivas do inconsciente, buscando conferir alguma inteligibilidade para o adoecimento físico que se instala na vida das pessoas. Aposta-se aqui, de forma geral, que no fenômeno psicossomático haveria uma descarga direta – que para alguns seria de agressividade, enquanto outros autores destacarão o papel dos afetos ou, particularmente, do afeto de angústia, emergente em situações traumáticas como as perdas – para o registro do somático, cuja repetição seria capaz de lesionar o corpo, sem que por detrás dessa lesão existisse o efeito do recalque ou qualquer sentido oculto. O fenômeno psicossomático se aproximaria, antes, de uma passagem ao ato sobre o próprio corpo (FONSECA, 2007; PEREZ, s.d.) que, não se pode esquecer, atinge a realidade fisiológica do sujeito, podendo levá-lo à morte (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011).

A investigação sobre o fenômeno psicossomático, portanto, aventura-se sobre dois campos espinhosos, os dos fenômenos físicos que, embora sob uma classificação médica, não são totalmente inteligíveis por explicações biológicas, e do outro lado trabalha com o que se afasta das neuroses clássicas (GALDI; CAMPOS, 2017). Seu diagnóstico, consequentemente, é por exclusão, sob o risco de recair em generalizações nas quais qualquer fenômeno clínico incidido no corpo, e que se afaste minimamente da conversão histórica, poderia ser abarcado sob a alcunha do fenômeno psicossomático. O grande mal-estar gerado pelo conceito de fenômeno psicossomático, porém, residiria no questionamento que ele suscita acerca do estatuto do corpo na teoria psicanalítica.

Ora, a psicanálise surgiu a partir do reconhecimento de que determinações psíquicas poderiam interferir na funcionalidade do organismo, desencadeando sintomas corporais cuja inteligibilidade estaria em fatores biográficos e não anatômicos. Assim, superava-se a lógica do cartesianismo clássico, cuja defesa por uma separação inexorável entre mente e corpo não poderia mais perdurar. O corpo, conforme descobriu a psicanálise, seria sensível à linguagem, tratando-se, em última instância, de uma construção fantasmática. Assim, ao se afirmar que uma descarga, pulsional ou afetiva, poderia desencadear lesões corporais sem que aí existisse um processo de simbolização, estaria se resgatando a concepção de que uma parcela da dimensão corporal se manteria insubordinada ao Eu, isto é, resistiria como porção do corpo não subvertido à dinâmica libidinal (GALDI; CAMPOS, 2017). O conceito de fenômeno psicossomático resgata, poderia se dizer, a ideia de uma dimensão do corpo que permaneceu somente enquanto carne, inerte à vinculação simbólica, mas passível de se configurar como rota de descarga pulsional e afetiva. Levantando-se à psicanálise,

consequentemente, o questionamento sobre o seu limite e alcance no tratamento do adoecimento físico.

Não espanta, dessa maneira, que algumas das escolas psicossomáticas irão apostar na ausência de diferenciação entre o psíquico e o somático (GALDI; CAMPOS, 2017). Falarão então em uma economia psicossomática, partindo de uma visão holística e monista do ser humano, para o qual toda forma de adoecimento envolveria determinações físicas e psíquicas. Daí a crítica de que a psicossomática – como área independente – tem a pretensão de alcançar uma teorização unificada sobre o corpo, não reconhecendo sua partição ou a partição do próprio sujeito (DUNKER, 2011). Muito embora, se é que nos cabe comentar, quem olha de fora fica com a imagem da psicossomática como um campo de saber por si só dividido, compartilhando com outros saberes um mesmo nome – o fenômeno psicossomático – para descrever conceitos que se fundamentam de formas diferentes ao longo do tempo; um mesmo termo que parece servir a três áreas distintas: a psicanálise, a psicossomática psicanalítica e a medicina psicossomática<sup>17</sup>.

Evitando-se injustiças, vale afirmar que o interesse pelo estudo do adoecimento físico, que à diferença da conversão histérica, produz lesões de órgãos, já se fazia presente desde o início da psicanálise. Antes mesmo da publicação de *Sobre o narcisismo: uma introdução*, em 1914, autores contemporâneos a Freud já se arriscavam na busca por uma compreensão psicanalítica das doenças orgânicas e pela possibilidade de tratamento dessas afecções pela modalidade anímica (VOLICH, 2016). Nasceria, dessa forma, o polêmico campo da psicossomática, assentado na pressuposição de unidade funcional entre o soma e o psiquismo (CERCHIARI, 2000) e em noções psicanalíticas como sexualidade, economia psíquica e angústia. A psicossomática teria como objeto de estudo, portanto, a compreensão das relações entre funcionamento psíquico e funcionamento somático (SOTO, 2006).

---

<sup>17</sup> Desde sua origem, a psicanálise é marcada pelo estudo das relações entre a dimensão psíquica e somática do sujeito, de forma que sua prática clínica e a sua consequente elaboração teórica não escapam do desenvolvimento de modelos, como os da histeria e o das neuroses atuais, na busca de tornar inteligíveis as manifestações orgânicas que eclodem na vida do sujeito e aparecem como relevantes materiais clínicos na prática analítica (VOLICH, 1998). No esforço, porém, de desenvolver uma abordagem psicossomática para as afecções orgânicas, dois movimentos ganharam destaque, colocando-se como áreas distintas do movimento psicanalítico. De um lado, teríamos a medicina psicossomática, ramo da ciência médica que, enquanto tal, resguarda como objeto de interesse a cura do adoecimento humano, utilizando-se, porém, de contribuições psicanalíticas na busca de uma compreensão integral do processo de adoecimento e restabelecimento do paciente (ÁVILA, 1997). No outro polo, vê-se a Psicossomática Psicanalítica, tida como uma especialidade ou como uma abordagem terapêutica que se ancora no aparato conceitual psicanalítico, estabelecendo-se, contudo, enquanto um projeto interdisciplinar de abordagem psicossomática das afecções orgânicas, adotando técnicas e conceitos de várias áreas do conhecimento, como a medicina (VOLICH, 1998).

Nesse cenário, destaca-se a figura de Georg Groddeck (1866-1934) como pioneiro da área em ascensão. Médico e membro da Associação Psicanalítica de Berlim, em 1920 Groddeck já afirmava que o adoecimento físico era inteligível e tratável por meio da psicanálise, constituindo-se não como um episódio acidental na vida das pessoas, mas como produto da essência do ser humano, na qual o adoecimento se daria simultaneamente no plano orgânico e no plano anímico (VOLICH, 2016). O termo psicossomática, porém, teria sido resgatado por Félix Deutsch (1894-1963) da obra do psiquiatra alemão J. C. Heinroth (1773-1843), sendo utilizado por Deutsch na defesa de uma medicina holística que, em contribuição com autores como Helen Dunbar e Franz Alexander, dariam início à vertente da medicina psicossomática, fortemente difundida pela Escola de Chicago (CASETTO, 2006).

A medicina psicossomática, nesse sentido, refere-se a uma área da medicina que responde aos seus próprios métodos diagnósticos e de pesquisa, procedimentos técnicos e aos critérios de cura próprios dessa área do conhecimento. Sua especificidade estaria na adoção da psicanálise como mais um elemento da sua prática, sobretudo no que se trata da investigação de fatores etiológicos, estando aberta a reconhecer possíveis determinantes inconscientes no processo do adoecimento (ÁVILA, 1997). Em suma, poder-se-ia dizer que a medicina psicossomática é o estudo das relações entre mente e corpo que busca explicações psicológicas para compreender as patologias e os sintomas somáticos (EKSTERMAN, 2010). Organizada pelo raciocínio médico sobre a doença, sob a qual um dos determinantes seria um conflito psíquico, ainda assim não seria uma área unificada, estando dividida pelo menos em duas vertentes.

De herança hipocrática, uma das vertentes da medicina psicossomática apregoa que mente e corpo não se dividem, abordando todos os fenômenos da vida a partir dessa perspectiva. Do outro lado, vemos a corrente difundida pela Escola de Chicago – com Franz Alexander como seu maior expoente – defendendo que apenas algumas doenças seriam psicossomáticas (GALDI; CAMPOS, 2017). Nessa última perspectiva, logo, há espaço para uma dicotomia mente e corpo – haja vista que algumas doenças só afetariam o corpo, despossuídas de conflitos psíquicos subjacentes – e, também, haveria espaço para a procura de correlações estatísticas entre determinados conflitos psíquicos e o desencadeamento de certas afecções somáticas (VOLICH, 2016). Procura que, aliás, tornou-se sua marca registrada, na medida em que defende que o adoecimento físico funcionaria como um sintoma neurótico, por detrás do qual haveria um sentido inconsciente próprio. Isto é, para esse campo de estudo, cada doença estudada se relacionaria com um conflito psíquico específico (CASETTO, 2006). Desse modo, importa perceber que para a medicina psicossomática é a doença que está no cerne da investigação, evadindo-se do

projeto clínico da psicanálise de alcançar uma compreensão individualizada acerca dos conflitos de cada sujeito que padece.

Em vigor até hoje, a medicina psicossomática tenderia a se apoiar cada vez mais nos achados da psiconeuroimunologia, que tem apontado positivamente para o papel de fatores psicológicos como intervenientes no processo de adoecimento, tal qual no desenvolvimento do câncer. Ainda assim, mesmo essa área não daria conta de explicar a questão das predisposições individuais para o adoecimento e a especificidade dos choques emocionais nesse processo (VOLICH, 2016). Tratando-se de um fenômeno complexo, o adoecimento humano proporciona uma ampla possibilidade de enfoques, dentre os quais a medicina psicossomática seria um deles. E, em alternativa à própria abordagem médica da psicossomática, coloca-se a psicossomática psicanalítica.

Sobre essa última, cabe dizer que a psicossomática psicanalítica, que tem como principal representante a figura de Pierre Marty, do Instituto de Psicossomática de Paris, não se confunde com a psicanálise, na medida em que se coloca como um projeto interdisciplinar, adotando para si elaborações teórico-clínicas tanto da medicina quanto da psicanálise (VOLICH; FERRAZ; ARANTES, 1998). Encontra nas elaborações psicanalíticas, porém, um aparato teórico para elucidar as relações psique-soma, e, também, uma referência de escuta clínica (VOLICH, 2016). Dessa forma, diferentemente da valorização de conflitos anímicos específicos, a psicossomática psicanalítica enfatizou a dimensão afetiva como estando no cerne das somatizações<sup>18</sup> (SOTO, 2006; WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011).

Para Marty, a ocorrência de um trauma psíquico poderia desorganizar o psiquismo, conduzindo-o à regressão em um ponto de fixação somático, ditado por fragilidades constitucionais (CASETTO, 2006). Isto é, na impossibilidade de acessar as vias motoras ou simbólicas (psíquicas) para descarga de excessos, a via somática, mais arcaica, funcionaria como válvula de escape, protegendo o aparelho psíquico de uma desorganização de maior impacto (SOTO, 2006). Uma vez que o local atingido pela descarga dependeria de fatores hereditários (as fragilidades pregressas), a lesão ocasionada não guardaria relações simbólicas com o evento que precipitou a desorganização, tornando impróprio o projeto da medicina psicossomática de sustentar a existência de um conflito específico para cada

---

<sup>18</sup> Concordando-se com a crítica realizada por Fortes, Tófoli e Baptista (2010), é válido notar que o termo 'somatização' é constantemente utilizado de forma muito imprecisa. Para esses autores, que defendem a somatização como um processo, dada a sua variabilidade, o termo seria restrito para os casos em que um sujeito tende a expressar seu mal-estar psíquico por queixas somáticas. Na prática, apresenta diversas queixas de ordem física, mas que não são justificáveis, ou totalmente justificáveis, por fatores biológicos. Diferentemente do fenômeno psicossomático, portanto, aqui não haveria a lesão orgânica. Todavia, seguindo a nomenclatura utilizada pelos autores consultados, na redação deste subcapítulo, o termo "somatização" aqui utilizado pode se referir ao processo de passagem da descarga do conteúdo psíquico à materialidade do corpo, ferindo-o; produzindo o fenômeno psicossomático.

forma de adoecimento (CASETTO, 2006). Além disso, a resultante somática da regressão, para o Instituto Psicossomático de Paris, poderia ser de dois tipos, a saber, a regressão somática e o desligamento psicossomático.

No primeiro caso, da regressão somática, fala-se de um fenômeno que seria muito presente entre indivíduos neuróticos, que em virtude de um trauma psíquico que reativa antigas feridas narcísicas, acabariam expressando um adoecimento físico de evolução geralmente rápida e com grande potencial de se fazer reversível. Trata-se, nessas situações, por exemplo, de gastrites e enxaquecas, que não ameaçam diretamente a vida do sujeito e que tenderiam a desaparecer conforme se dissipasse o efeito do evento estressor. No segundo caso, com o desligamento psicossomático, estaríamos diante de uma resposta somática mais rara, mais lenta, progressiva e, amiúde, de início silencioso, prevalecendo no sujeito uma calma psíquica e certa falta de modulação afetiva. No desligamento psicossomático, a somatização ganharia um estatuto adaptativo e defensivo frente à situação conflituosa, sendo que, na contramão da histeria, na qual assiste-se às dramatizações, ver-se-ia aqui o agravamento da doença, com potencial de levar o sujeito à morte (STEINWURZ, 2016). Sujeito esse que, no encontro com seu terapeuta, esperaria dele uma relação funcional, em que se forneça recomendações de ordem prática, mas que também seja capaz de manter preservada a doença: por meio do adoecimento existe uma descarga que promove alívio para o paciente, daí o apego ao adoecimento (VOLICH, 2016).

Marty e M'Uzan, nesse sentido, propõem a noção de pensamento operatório para justificar o caminho realizado pelo paciente somatizador rumo ao desligamento psicossomático. Para os autores, o pensamento operatório seria caracterizado pela deficiência no processo de simbolização, carência expressiva de afetos e pobreza da vida onírica (SOTO, 2006). O que, na prática, seria percebido por meio do discurso monótono do paciente, desprovido da linguagem inconsciente da fantasia, do ato falho e das metáforas (CASETTO, 2006). O paciente portador de um distúrbio psicossomático seria uma pessoa muito adaptada à realidade e às dificuldades da vida, talvez próximo mesmo à debilidade e que, não raro, apresentaria uma depressão – a depressão essencial – marcada não por uma aura de tristeza, mas pelo rebaixamento libidinal e pela ausência de um objeto (VOLICH, 2016).

Para além do conceito de pensamento operatório, Marty também trabalharia com a ideia de mentalização, compreendida como um conjunto de processos de representação e simbolização que regulariam as quantidades pulsionais, preservando o chamado equilíbrio psicossomático (VOLICH, 2016). Ancorado em uma perspectiva evolucionista, o conceito de mentalização partiria da ideia de que o afluxo de excitações pulsionais – libidinais e agressivas – teria três vias de descarga (regulação energética): uma sobre a organicidade



do corpo, outra pela ação e, a via mais evoluída, pelo pensamento. Este último, englobando aqui a atividade fantasmática, a criatividade e o sonho, por exemplo, configuraria a capacidade de mentalização, sendo o recurso psíquico mais elaborado na tratativa das excitações psíquicas. Frente à precariedade desse recurso, estrutural ou circunstancial, o sujeito tenderia à ação e, em última instância, à descarga sobre o próprio corpo, promovendo uma desorganização psicossomática que poderia resultar em um adoecimento físico (VOLICH, 2016). O autor chegou a propor uma classificação psicossomática que, na insuficiência da nosografia freudiana para a compressão dos fenômenos psicossomáticos, seria dividida em neuroses mal mentalizadas, neuroses de mentalização incerta e neuroses bem mentalizadas. Em cada qual, a depender da capacidade de mentalização do sujeito, haveria maior ou menor predisposição ao desligamento psicossomático (CASETTO, 2006).

Sem a pretensão de detalhar cada uma dessas categorias propostas por Marty, cabe notar a importância cada vez maior que a psicossomática psicanalítica passa a conferir ao fator estrutural (representado aqui pela capacidade ou incapacidade de mentalização) para pensar na proteção ou vulnerabilidade do sujeito quanto ao desenvolvimento de doenças psicossomáticas (VOLICH, 2016). Embora os autores do Instituto de Psicossomática de Paris não neguem que as doenças psicossomáticas podem perpassar diferentes estruturas clínicas, parecem concentrar cada vez mais esforços na teorização sobre uma forma de subjetivação própria ao paciente psicossomático. Uma forma de subjetivação que se aproximaria da debilidade mental e da psicose (GALDI; CAMPOS, 2017). Daí a crítica de que reduzem toda doença física a uma falha de processos básicos do psiquismo ou, ao contrário, de que todo prejuízo em atividades fantasmáticas poderia predispor à irrupção de um adoecimento orgânico (VOLICH, 2016). Se a essa altura ainda é válido resgatar a comparação dos fenômenos psicossomáticos com a classe das neuroses atuais, proposta por Freud, vemos que o fator atual – que nesse caso poderia ser pensado como a vivência traumática – disputaria importância com fatores constitucionais na psicossomática psicanalítica, que tende a trazer a gênese do fenômeno psicossomático de volta à vida primitiva, ao invés de relacioná-lo unicamente a fatores circunstanciais.

Longe de esgotar as contribuições da psicossomática psicanalítica, mas na urgência de dar sequência ao propósito deste trabalho, caberia citar ainda dois autores da teoria psicanalítica cujas investigações, acerca do adoecimento físico, têm ganhado destaque. Falamos, assim, de Christophe Dejours e Joyce McDougall.

Quanto ao primeiro deles, o psicanalista francês, pode-se afirmar resumidamente que para o autor o sintoma somático comporta em si a problemática da pulsão de morte que não pôde ser representada pelo sistema pré-consciente, sendo então direcionada à realidade orgânica do corpo. O fenômeno do adoecimento, logo, pouparia o sujeito de se

haver com a própria violência que o habita, fazendo-o furtar-se das atuações (GALDI; CAMPOS, 2017). Ainda assim, o sintoma possuiria um direcionamento, isto é, uma intencionalidade de expressão que, todavia, ainda não estaria dada, precisando ser criada. Daí a vulnerabilidade das estruturas neuróticas aos fenômenos psicossomáticos: uma vez imerso nos jogos relacionais, pode ser solicitado do sujeito alguma função que não passou pela subversão libidinal<sup>19</sup>, representando esse um ponto de fragilidade pelo qual a somatização poderia ocorrer. Se a subversão libidinal coloca o corpo no código simbólico/representacional, ela também o deixa à mercê da mobilidade simbólica e, frente a sua evasão, nada além da carne restaria ao esforço de expressão, dando margem ao adoecimento físico (CASETTO, 2006).

Com a psicanalista neozelandesa Joyce McDougall, por sua vez, vemos a defesa da somatização não como um processo de desorganização, tal como sugere a psicossomática psicanalítica, mas como uma defesa primitiva que protegeria o psiquismo da desorganização. Fala-se, então, em desafetação, termo cunhado pela autora para se referir a essa defesa que retiraria do aparelho psíquico tudo aquilo – fantasias, pensamentos ou percepções – capaz de evocar afetos insuportáveis relacionados a experiências traumáticas primitivas (CASETTO, 2006). O corpo, assim, seria atingido em detrimento do retorno do afeto sobre um objeto externo ou do retorno do afeto na forma de um processo alucinatório. Muito embora, admita-se, seria desconhecido o processo que determinaria a passagem de um caminho sobre o outro (GALDI; CAMPOS, 2017). O sentido da doença física, para McDougall, existiria em uma forma muito arcaica, indicando a existência de um conteúdo traumático não simbolizado que poderia o ser através da elaboração em análise (CASETTO, 2006).

Com Christophe Dejours e Joyce McDougall, portanto, há uma reaproximação de hipóteses que sugerem a existência de uma simbolização subjacente ao adoecimento orgânico, ainda que a aposta dos dois autores seja de que tal processo seria de uma ordem muito mais primitiva do que aquela vista na histeria. O que, de qualquer forma, abre espaço para o questionamento acerca da vinculação ou não nos fenômenos psicossomáticos enquanto fenômenos de borda, enquanto fenômenos que flertariam com os limites da neurose e da psicose, no limite entre soma e linguagem.

Nesse sentido, cumpre reforçar que as diferentes abordagens do fenômeno psicossomático tendem a se afastar do modelo fornecido por Freud com as neuroses atuais, cujos sintomas físicos nada teriam de simbólico, dependendo de alterações das descargas sexuais. Ainda assim, permaneceria uma estreita relação com esse modelo na medida em

---

<sup>19</sup> Conceito brevemente abordado no subcapítulo *Narcisismo: um lugar para o corpo na economia psíquica*.

que os estudiosos da área tendem a concordar com as dificuldades de simbolização, dos pacientes, acerca do adoecimento físico. A diferença, aqui, seria entre aquelas abordagens que defendem uma dificuldade estrutural, conjecturando a existência de estruturas ou perfis psicossomáticos, e entre aqueles para os quais o déficit de simbolização poderia estar restrito a pontos muito específicos do discurso do sujeito, fazendo com que o fenômeno psicossomático possa atingir a todas as estruturas psíquicas. No primeiro caso, as somatizações se confundiriam com falhas na estrutura psíquica, remontando à época das primeiras relações objetais, o que, amiúde, aproximaria os pacientes portadores de somatizações aos pacientes de estrutura psicótica (GALDI; CAMPOS, 2017).

Sob esse panorama, assiste-se, também, a crescentes aproximações que relacionam os fenômenos psicossomáticos às dificuldades na experiência psíquica da afetividade. Em outras palavras, tender-se-ia considerar o adoecimento físico como uma expressão corporal de afetos não elaborados (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011). A ênfase recaindo, aqui, mais na limitação das possibilidades de elaboração do afeto do que no fator traumático, tal como priorizava Marty e o Instituto de Psicossomática de Paris, entre diversos autores que também não puderam deixar de apontar para a cronologia clínica de um adoecimento físico que se instalou posteriormente a uma perda ou outra situação traumática.

Em face de tal diversidade de teses, o que se sabe sobre os fenômenos psicossomáticos é que ainda nenhuma hipótese conseguiu descrever satisfatoriamente todos os mecanismos metapsicológicos que os subjazem (GALDI; CAMPOS, 2017). Pairando dúvidas, inclusive, sobre a aplicabilidade da técnica psicanalítica sobre as lesões psicossomáticas, visto a ausência de implicação subjetiva de seus portadores que dificulta o acesso ao âmago do fenômeno por meio da palavra.

Como uma nota, cabe comentar que se no caso de um sintoma psiconeurótico o sujeito muitas vezes se encontra sem um respaldo médico e laboratorial para justificar seu sofrimento, forçando-o a se implicar subjetivamente com o seu sintoma ao ponto de eventualmente buscar uma análise, no caso do adoecimento psicossomático o inverso parece acontecer. Na medida em que se comprova que o sintoma físico possui uma base biológica – está circunscrito em uma categoria nosográfica específica e legitimada pelo saber médico –, a verdade sobre o sujeito é deslocada para o órgão lesionado, que funcionaria para além de si e nada teria a dizer. Daí a afirmação de Winograd e Teixeira (2011) de que na clínica psicanalítica, diante das queixas e lamentações do paciente psicossomático sobre as suas vicissitudes médicas, é preciso deslocar a história repetidamente narrada da doença para a história daquele que adoeceu.

Em última instância, apostamos que, distante de uma verdade universal sobre o adoecimento humano, é a clínica que confirmará, na particularidade de cada caso, o que melhor aborda aquela situação específica.

## 2.8 O CORPO, O ADOECIMENTO FÍSICO E A CURA PARA A PSICANÁLISE FREUDIANA

Em um pequeno texto, do final de sua obra, Freud (1940/1938) veio reafirmar aquilo com que se defrontou ao longo de todo o seu percurso teórico na psicanálise, mas que já lhe chamava a atenção em 1892, quando ao atender a Srta. Elisabeth, optou por mudar a ênfase do seu fazer médico do olhar para a escuta. Em suas palavras,

[...] não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são em alto grau dependentes das influências somáticas e o de que, por seu lado, possuem os mais poderosos efeitos sobre os processos somáticos (FREUD, 1940/1938, p. 299).

Assim, perto de concluir seu legado, Freud (1940[1938]) fez questão de reiterar a ruptura tão significativa que empreendeu com a postura médica de sua época – assentada na concepção da anatomia patológica que, em última instância, validava o dualismo cartesiano. Não é de mais reforçar a inovação trazida por Freud no sentido de escutar no sintoma suas determinações inconscientes. Escutar, através do corpo sem lesão, porém que sofre e reclama e que se expressa, um psiquismo que talvez não se confunda com a materialidade do corpo, mas que está indiscriminadamente atrelado a ela.

O corpo sobre o qual dissertará a psicanálise, portanto, não é uma verdade ontológica, cujas funções orgânicas desempenhariam um único papel ao longo da vida. Antes disso, o corpo é uma construção, que se situa como parte integrante do balanço pulsional o sujeito. Aquilo que se abate sobre o corpo – estados fisiológicos normais, dores, adoecimentos – tem potencial para modificar a distribuição dos investimentos psíquicos, sendo que o contrário, a realização de novos investimentos, a ruptura de outros ou a invasão de um excesso traumático – e aqui poderíamos citar o exemplo da perda objetal – também podem modificar o funcionamento somático.

No esforço de fundamentar essas construções, nos valem do caso Elisabeth Von. R., primeira análise integral de histeria empreendida por Freud, que nos permitiu compreender o porquê do autor ter apostado na plasticidade corporal em detrimento da funcionalidade objetiva do organismo. Com a Srta. Elisabeth, já não era possível fechar os ouvidos à capacidade de expressão simbólica do corpo. Um corpo que, então, mostrava-se complacente a determinações psíquicas, permitindo que o desejo retirado da consciência se

apoiasse em um adoecimento físico pregresso para ter voz, demonstrando, assim, que está submetido à ordem simbólica, que o corpo é atravessado pelo campo da linguagem.

E esse corpo, conforme Freud veio a descobrir, mostrou-se fundado na sexualidade. Uma sexualidade disruptiva e absurda, na medida em que transgredia a tudo; inclusive a si própria, deixando de lado a função reprodutora para extrair o prazer dos órgãos, isto é, transformar diferentes órgãos em novas zonas erógenas, seja na formação sintomática histérica ou seja no sujeito tomado como normal. Em ambos os casos, a sexualidade seria constitutiva da vida, demonstrando que a plasticidade corporal não seria exclusividade das neuroses.

Nem, tampouco, seria exclusividade da neurose os perigos dessa sexualidade. Logo, pois, percebeu-se que essa sexualidade transgressora, constitutiva do aparelho psíquico, poderia se colocar à revelia da conservação da própria vida, que não estaria necessariamente em primeiro lugar nas prioridades inconscientes. Valeria, antes disso, a disputa entre o Princípio do prazer e o Princípio da realidade, subjacente aos quais estaria o circuito pulsional. Temos, assim, o desenvolvimento teórico que permitiu pensar cada vez mais nos processos psíquicos em termos de forças e quantidades, localizando no corpo a emergência da tensão que põe o psiquismo no seu trabalho de obter o prazer sem se destruir. O corpo aparece, dessa forma, como aquilo que, em última análise, forja o próprio aparelho psíquico, constituído a partir dessa dinâmica mediada pelo prazer-desprazer. Do corpo pulsional emerge a tensão que pode se satisfazer no próprio corpo, fonte e objeto da satisfação, mas que também pode se satisfazer por meio dos mais diversos objetos. A pulsão sinaliza, sobretudo, para a amplitude de possibilidades por meio das quais obter o prazer, fazendo da tensão que surge do corpo o mote para as realizações culturais mais impressionantes. E também as mais egoístas.

Para compreender o corpo e o adoecimento é preciso compreender o narcisismo, o ato psíquico que irá amarrar as pulsões parciais, permitindo a elaboração de uma imagem corporal. Se possível, tal qual a imagem que subjaz o corpo histérico, capaz de se inserir na lógica da representação. O narcisismo ensina que o corpo é uma construção formada a partir de um desejo alheio. Poderíamos falar, até mesmo, a partir de uma ficção necessária que, em última instância, guiará as futuras escolhas de objeto do sujeito. Mas, falar das contribuições do narcisismo para a questão do corpo não é fácil. Justamente porque, com o narcisismo, as fronteiras entre o Eu e os objetos externos ficam borradas. A imagem corporal não vai necessariamente se limitar à realidade orgânica, podendo se estender para além dela. O contrário também, e então mesmo os aspectos mais objetivos da realidade orgânica podem parecer ao sujeito como estranhos a si mesmo. Características que, pertencendo a sua realidade, não estão integradas na imagem total do Eu, causando-lhe

estranhamento e angústia. Por isso, ao considerarmos as implicações do conceito de narcisismo, o corpo pode ser interpretado como uma rede complexa de relações. Fala-se de um corpo não natural, que é irredutível a sua própria organicidade. E, ainda assim, tem-se que é a organicidade, ainda incipiente, que permite a organização do Eu, forjando um Eu corporal; um corpo egóico. Um Eu-corpo que é parte fundamental do balanço libidinal do sujeito, porque também é um objeto de amor a ser investido pela libido. Porém, não somente por ela.

Com a descoberta da pulsão de morte, o lugar do corpo na psicanálise torna-se ainda mais complexo. Mais do que nunca a concepção psicanalítica sobre o normal e o patológico se afasta da visão da medicina. Se as duas mantêm a ideia de uma continuidade entre esses dois estados, vendo na patologia a desordem de um fenômeno que, de outra forma, estaria dentro dos limites da saúde, para a psicanálise, agora, o fator que causa a desregulação do aparelho psíquico não só lhe é constitutivo como é anterior ao princípio do prazer. Com a teorização da pulsão de morte, caminhamos na compreensão do apego ao sofrimento na vida humana. Dinâmica na qual o corpo pode desempenhar um papel de destaque, servindo como objeto privilegiado de escoamento pulsional, ainda que às custas do adoecimento e da própria destruição do organismo.

Em outras palavras, temos um corpo que não está só na lógica do prazer, mas que também é transpassado pela virulência de um além do princípio de prazer. Um corpo que é ficcional, que é erógeno, que é pulsional, que é complacente, mas que também serve de escoamento para a pulsão de morte, encontrando uma satisfação na punição e no sofrimento. Lembrando-se que, sob a lógica do masoquismo originário, o corpo também serve à expiação da culpa inconsciente, em um movimento em que pouco diferem o adoecimento físico – reconhecido pela medicina enquanto tal – e o adoecimento psíquico. Esses sofrimentos podem ser substituíveis, assumindo igualmente o caráter de um sofrimento moral.

Nesse sentido, vemos que o corpo pode ser canal para a culpa e para o excesso pulsional não elaborado do trauma, extraindo, dessas vias, uma satisfação no sofrimento, uma satisfação decorrente da descarga pulsional que alivia uma tensão psíquica. Poderíamos dizer, conseqüentemente, que o corpo pode se colocar como uma saída para o insuportável, consolidando seu papel econômico no equilíbrio psíquico. Assim, argumentamos que a mácula do corpo, o adoecimento físico, ao direcionar investimentos pulsionais para si, poderia funcionar como anteparo à angústia que, de outra forma, remeteria o aparelho psíquico ao estado de desamparo. O adoecer do corpo poderia cumprir também o seu papel na organização econômica do aparelho psíquico.

Dessa forma, percorremos, ao longo deste capítulo, a trajetória empreendida pelo pensamento freudiano que nos permitiu compreender o corpo como parte do Eu, constituindo um Eu-corporal que é partícipe do balanço energético do aparelho psíquico. Visão de corpo, essa, para qual o adoecimento físico poderia estar dotado de uma função psíquica (e quiçá de um sentido). Seja essa função relacionada a uma dinâmica masoquista, que visa à manutenção de uma cota de sofrimento no aparelho psíquico, ou seja como válvula de escape para a virulência das intensidades pulsionais não elaboradas no âmbito mental. Virulência que poderia encontrar no corpo um lugar de descarga, lesionando o órgão e sem que nisso haja necessariamente o estabelecimento de uma relação simbólica. Como se, tal qual aconteceria com as lesões físicas que dificultam a instauração de uma neurose de guerra, o desvio da tensão psíquica ao corpo produzisse um alívio, mesmo que a situação de adoecimento também pudesse, teoricamente, provocar o aumento de tensão psíquica. Daí a polêmica relacionada às correntes psicossomáticas, para as quais algumas porções do corpo poderiam não se constituir como uma porção do Eu.

É preciso lembrar, todavia, que a sistematização necessária, para a compreensão desse papel para o adoecimento físico, não percorreu o curso de uma cronologia linear. Na verdade, Freud sequer elaborou em sua teoria um conceito de corpo (WINOGRAD; MENDES, 2009), exigindo-nos o retorno a toda a extensão de sua obra para acompanharmos os desdobramentos teóricos que permitem tais elaborações. Por isso, não é demais reforçar que a esquematização empreendida aqui, acerca do corpo e do adoecimento físico na obra freudiana, possuiu uma intensão didática, não existindo uma verdadeira solução de continuidade entre os diferentes momentos apresentados. Em outras palavras, a sequência utilizada na nossa apresentação foi uma escolha, começando com a descoberta da plasticidade corporal e com a descoberta de uma sexualidade disruptiva que, amiúde, perpassa os corpos e dá indícios do agir pulsional. Passamos, ainda, pela descoberta do narcisismo, momento que amarraria as pulsões parciais, possibilitando a construção do Eu-corporal, no qual o corpo é peça chave no balanço libidinal do psiquismo. E, por fim, passamos pelas teorizações do trauma, da pulsão de morte e do masoquismo moral, a partir das quais podemos pensar o corpo como objeto possível para a pulsão de morte e o adoecimento físico, conseqüentemente, como dotado de uma finalidade econômica.

Defender essa visão de adoecimento orgânico, porém, traz à tona uma questão interessante. Comparou-se brevemente aqui as diferenças entre a noção médica de adoecimento – para a qual as determinações do adoecimento seriam de ordem exclusivamente orgânicas – e a psicanalítica, na qual o adoecer pode carregar consigo um aspecto biográfico, importando dessa maneira o momento em que o adoecimento emerge e

a função que desempenha na vida da pessoa. Assim, se para a medicina a cura seria comparável ao restabelecimento da função do organismo que estava afastada da normalidade, como ficaria a questão da cura do adoecimento físico para a psicanálise se, em sua perspectiva, o adoecimento orgânico pode possuir um importante papel em manter a organização do aparelho psíquico?

Para pensarmos nessa questão, vale lembrar que com a introdução da pulsão de morte na obra freudiana, cada vez mais perde-se o sentido a ideia de um suposto limiar quantitativo ideal entre o campo do normal e do patológico na vida psíquica, visto que a força que provoca o desequilíbrio no aparelho psíquico é inerente a esse mesmo aparelho. A normalidade, portanto, não pode ser tida como uma regra comum, mas dependente dos próprios arranjos perpetrados pelo sujeito na organização de sua vida, ainda que o equilíbrio alcançado seja, por excelência, um equilíbrio sempre ameaçado, pois convive com o fator disruptivo. Por isso, a clínica psicanalítica não se coloca ao lado da moralidade, desvencilhando-se da pretensão de adaptar os sujeitos ao contexto. Isso, bem ou mal, o próprio adoecimento psíquico faz, sendo a saída mais econômica para um conflito que se forma em decorrência da constituição do psiquismo (PRATA, 1999).

Acerca dessa questão, Freud (2014/1916-1917) chegou a argumentar que em alguns casos de sofrimento extremo não caberia a defesa da saúde psíquica a todo custo. Afirmando, desse modo, que para além do sofrimento neurótico existiriam também sofrimentos objetivos e irremovíveis, de forma que o sacrifício da saúde, física inclusive, poderia ser uma alternativa mais econômica para o sujeito do que o enfrentamento da realidade hostil. Ainda que, por outro lado, o autor não se esqueça de situações em que a saída pelo adoecimento gera tanto sofrimento quanto o conflito que o desencadeou, fazendo com que a manutenção desse conflito seja tão custosa quanto seu enfrentamento, tornando-se sua equivalente (FREUD, 2014/1916-1917).

A saída pela doença ou a saída da doença, conseqüentemente, dependerá da história de vida e dos recursos que cada um têm disponíveis para elaborar suas dores psíquicas. Um movimento que se inicia ainda na infância – e talvez antes mesmo dela – pela forma como o sujeito é acolhido no mundo. Nesse sentido, podemos resgatar as observações ferenczianas sobre os bebês desprovidos de afeto que parecem se entregar rapidamente à morte (FERENCZI, 1992/1929). Uma vez que não haja a convocação da libido para esse bebê, ou, nas palavras de Rudge (2020)<sup>20</sup>, o chamado à vida que faz contraponto à pulsão de morte, a libido não terá forças para lutar contra a inércia mortífera

---

<sup>20</sup> RUDGE, A. M. Informação verbal (Comentário realizado no Exame de Qualificação desta Dissertação). 2020.



da pulsão de morte. Destacando-se então a libido como o recurso do aparelho psíquico para enfrentar, e resistir, a violência disruptiva de Tânatos, com o qual, nos alertou Freud (1996/1923), a libido estabelece um movimento pendular.

Assim, se as forças que podem conduzir ao adoecer não podem ser extirpadas, pois constitutivas, a cura em psicanálise, conseqüentemente, não se trata da eliminação dos conflitos. Na verdade, sequer se trata da profilaxia do conflito, que é interminável, ou da simples eliminação dos sintomas. O que a psicanálise pode, no sentido de curar, é ajudar na recuperação da capacidade criativa do sujeito, conduzindo à invenção de novas maneiras de se relacionar com o mundo; é resgatar os recursos disponíveis ao sujeito para criar novas formas de viver frente à sua realidade particular. Trata-se, aqui, da elaboração do conflito em vigor, transformando o sofrimento exacerbado no sofrimento comum e inescapável que é próprio à vida (SILVA, 2009; SILVA, 2012).

Além disso, se trazermos à tona as implicações teóricas acerca da pulsão de morte, lembraremos de que o aparelho psíquico também é marcado por traumas que não foram inscritos na ordem simbólica. Desse modo, a verdade sobre o adoecimento, seja psíquico ou orgânico não necessariamente estará constituída, aguardando por seu desvelamento. A verdade sobre o adoecimento precisará, antes, ser construída pelo sujeito (BORGES, 1996), em um esforço no qual a psicanálise poderá tomar parte ao questionar o sujeito sobre si mesmo, para além da história biológica do seu adoecimento.

## **CAPÍTULO III: DESTINOS PARA A PERDA OBJETAL**

### 3.1 LUTO

Quando a morte do pai de Elisabeth enfim ocorreu, a dinâmica daquela família, agora composta por quatro mulheres, foi inevitavelmente alterada. A esse respeito, Freud (1996/1893-1895) citou como modificações o vazio deixado no seio familiar, o isolamento social suscitado pelo ano de luto, a tarefa tomada por Elisabeth de restituir a alegria de sua casa e, também, a eclosão de novos adoecimentos. Se a moléstia do pai não requeria mais atenção, essa se voltou para os recorrentes episódios de adoecimentos da mãe. E isso para não mencionar o próprio agravamento das manifestações dolorosas da filha enlutada.

A esse respeito, o autor explicou que o cuidado para com pessoas enfermas não raro pode desempenhar um papel na emergência de quadros histéricos. Como fatores óbvios, ao posterior desenvolvimento de uma neurose, figurariam a exaustão ocasionada pela interferência do sono, o trabalho incessante e a má alimentação que acabariam fazendo parte da rotina de quem se dedica aos cuidados com a pessoa adoecida em detrimento de si próprio. Menos óbvios, porém, mais significativos, figurariam também os fatores associados à supressão de uma infinidade de emoções que, uma vez despertadas, logo se desviariam da consciência. Tais impressões, negligenciadas em favor da atenção ao outro, se acumulariam como um material não ab-reagido que, após o período da perda imediata, poderiam contribuir para o afloramento de uma histeria de retenção (FREUD, 1996/1893-1895). Isto é, considerou-se nesse momento que o processo de morte do ente querido poderia infligir uma série de pequenos traumas que, com o estopim da perda, concatenam-se enquanto uma experiência traumática única, capaz de desencadear o adoecimento psíquico.

Estamos, aqui, no momento da plena adoção do método catártico por Freud, que então apostava no trauma psíquico como o principal fator etiológico da histeria. Uma hipótese que, como se sabe, será ampliada para abarcar as complexas nuances da sexualidade humana – que também pode ser traumática –, mas que, por ora, permite perceber que o luto é tratado desde muito cedo – mesmo antes de uma definição formal – como capaz de alterar um determinado estado psíquico<sup>21</sup>. Posição que já é assumida por Freud antes da adoção do método de Breuer ou da análise da Srta. Elisabeth, quando no texto *Histeria*, de 1888, o autor colocou o luto ao lado de outras circunstâncias desfavoráveis

---

<sup>21</sup> Apesar de estarmos considerando o luto aqui enquanto sinônimo de perda, vale lembrar que no início de sua obra Freud também se referiu ao luto como um afeto. É o que acontece tanto em *Rascunho G* (FREUD, 1996/1886-1899b) quanto em *Rascunho K*, em que o luto é descrito como o afeto impulsionado pelo desejo de recuperar algo perdido e cuja intensificação poderia conduzir até mesmo a uma forma de adoecimento psíquico muito própria, a amênia alucinatória aguda, ou estar presente em um outro quadro, a melancolia (FREUD, 1996/1886-1899c).

da vida – formas de intoxicação e de emoções destrutivas – capazes de anteceder a irrupção de uma crise histérica aguda. Em outras palavras, afirma-se que a perda cria condições para que o psiquismo passe de um estado de funcionamento normal para uma forma patológica de funcionamento (o funcionamento neurótico). Ou ainda, conforme Freud colocaria ao longo de sua obra, a ocorrência de um luto poderia aparecer com um fator agravante de manifestações neuróticas já instaladas.

Mostras de tal situação, na qual uma perda importante exerce efeitos indelévels sobre o funcionamento psíquico, podem ser encontradas em diversos momentos da obra freudiana. Para citar alguns, tanto no texto de 1909, *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*, quanto no texto de 1923[1922], *Uma neurose demoníaca do século XVII*, por exemplo, a situação de luto é apontada como um agravante de sintomas obsessivos já em curso. Nos dois casos estudados, após a ocorrência de uma perda significativa e instauração do processo de luto, observou-se a piora dos sintomas neuróticos.

Além disso, em *Rascunho N*, Freud (1996/1886-1889d) apontou que dada a morte dos pais, por vezes se verifica nos filhos uma espécie de mimetização da doença que antes se constatava naquele que morreu. Ocorreria, nesse caso, uma identificação com o doente que, em última instância, tratar-se-ia de uma forma de punição histérica, buscando expiar a culpa pelos impulsos hostis que até então se direcionavam ao morto. Assim, essas formas de adoecimento físico poderiam estar intimamente relacionadas com a expressão do próprio luto (FREUD, 1996/1886-1899), mostrando que este também teria potencial para mobilizar a ocorrência de sintomas orgânicos; ou, em outras palavras, mobilizar processos psíquicos que convocam o corpo a operar um papel diante do sofrimento. Tal qual teria sido verificado no icônico caso da paciente de Breuer, Anna O., que após a morte do pai, depois de um longo e intenso período de dedicação a esse, passou a manifestar sintomas semelhantes ao da doença que o acometera. Algo que, diga-se de passagem, podemos especular se não teria acontecido também, em alguma medida, com a própria Srta. Elisabeth Von R., cujo foco das dores localizava-se nas pernas, da mesma maneira com que o pai, enquanto vivo, queixava-se dessa parte do corpo.

Para além de modificações objetivas e materiais, portanto, pode-se pensar que as perdas implicam um rearranjo das atenções psíquicas. Não é apenas a rotina da família Von. R., em sua dimensão mais concreta, que se altera frente à morte do pai, mas a própria dinâmica psíquica de seus membros parece temporariamente convocada a trabalhar sobre as impressões levantadas com a perda. Não à toa, diga-se de passagem, em *Interpretação dos sonhos* há pelo menos um exemplo de processo onírico que, motivado pelo luto, expressa a mobilização de trabalhos psíquicos em função da perda: o homem que cuidou de seu pai até a morte sonha que seu pai continua vivo. Vivo, porque estava ali

inconscientemente, sem saber que morreu. Existiria aí, conforme discutiu Freud (2013/1900-1901), a ação de impulsos hostis endereçados ao pai, fazendo com que o sonhador se recriminasse por uma eventual abreviação do tempo de vida do doente. O sonho, nesse caso, expressaria essa autorrecriminação e forneceria algum vislumbre sobre os processos psíquicos que podem entrar em cena com a instauração de um período de luto na vida das pessoas.

Nesse sentido, cabe citar a ambivalência. Processo que, tal qual o luto, Freud tomou como normal e próprio ao funcionamento do aparelho psíquico, em que os afetos de amor e ódio são intrínsecos às relações objetais, incluindo aí a relação com o próprio Eu (FREUD, 1996/1914). Daí que, diante da morte de uma pessoa amada, a hostilidade que se tinha por ela, própria da condição de amá-la, gera a culpa que deverá ser elaborada no processo do luto. Mas, mais do que isso, é interessante pontuar que se começa a ver o luto, na obra freudiana, não como um processo psíquico isolado, mas que se integra nas dinâmicas complexas do psiquismo, aparecendo como um dos seus processos fundamentais e diretamente integrado ao jogo pulsional de vida e morte.

Na verdade, ao lançar um olhar psicanalítico sobre a antropologia social, no ensaio *Totem e tabu*, Freud (1996/1913[1912]) viu-se frente à temática do luto enquanto um processo constituinte da própria civilização – ou entrada nela. Haja vista que o luto seria o processo que permitiria a estruturação social após a morte simbólica do pai da horda primitiva. Nessa obra, de 1912, o luto foi definido como o decurso responsável por efetuar nos viventes o desligamento das lembranças e expectativas que, até então, depositavam-se naquele que morreu. Processo que, uma vez concretizado, permitiria o curso normal da vida, aliviando o sofrimento, as autorrecriminações e o medo da ira do falecido, temporariamente transformado em demônio. Ora, entraria em cena o conflito psíquico causado pela ambivalência, em que de um lado está o afeto amoroso pelo ente querido, enquanto de outro contrapõe-se um desejo hostil de caráter inconsciente por esse que morreu. Dada a instauração do luto, haveria a intensificação dos afetos positivos pelo morto e uma repressão da hostilidade inconsciente que, desse modo, assumiria uma forma projetiva: é o ente querido, agora como um mal espírito, que deseja a morte de quem sobreviveu. Por isso, o respeito aos rituais do luto serviria como uma proteção ao desejo mortífero do falecido – a ira sobrenatural – tal qual na neurose obsessiva os rituais protegeriam o sujeito contra a angústia.

Com o passar do tempo, o luto diminuiria, bem como o conflito que o subjaz, de tal modo que o morto poderia assumir um lugar bem mais idealizado, como um ancestral a quem se pede ajuda e proteção. Os sobreviventes, a partir de então, poderiam demonstrar alegria novamente e, não raro, o luto seria seguido de demonstrações festivas (FREUD,

1996/1913[1912]). Em outras palavras, haveria a elaboração do luto, possibilitando a ocupação, por outros objetos de amor, do lugar anteriormente reservado àquele que morreu, sendo que em nível coletivo, por sua vez, a elaboração do luto possibilitaria a subjetivação a partir de uma história compartilhada, fortalecendo a coesão grupal pelo processo de identificação e pelo ganho de algo novo.

Ao escrever *Totem e Tabu*, portanto, Freud (1996/1913[1912]) já dava pistas sobre o a importância que o conceito de luto ocuparia em sua obra, sendo que três anos após esse ensaio, o autor já se dedicaria ao seu artigo metapsicológico *Luto e melancolia*, voltado à investigação dos processos psíquicos consequentes à perda objetal. Um interesse que já tem seus resquícios em *Rascunho G*, mas que começou a ganhar maior destaque um pouco antes da escrita de *Totem e tabu*, quando, na investigação sobre o caso Schreber, Freud (1996/1911b) fez suas primeiras tentativas de compreensão dos mecanismos psíquicos do luto, e não apenas sua descrição fenomenológica.

Com a análise do caso Schreber, Freud já estava em contato com uma hipótese fundamental à temática da perda: a percepção de que durante o trabalho de luto ocorre um processo de desligamento libidinal do objeto perdido e retorno desse investimento para o Eu; retorno e desligamento que, portanto, para além dos processos patológicos da paranoia, também fariam parte da vida psíquica normal (FREUD, 1996/1911b). Assim, se é verdade que desde muito cedo a libido estaria orientada para objetos externos, que acabam sendo tomados como pertencentes ao próprio Eu, na medida em que esses objetos são perdidos há a liberação da libido que os investia. Libido que ficará livre para a realização de um novo investimento objetal após o retorno à forma de libido narcísica (o retorno ao Eu) (FREUD, 1996/1915). Subjacente ao luto, consequentemente, estaria um processo de redistribuição libidinal.

Há, aí, uma primeira apresentação da teoria do luto tal como viria a se consolidar na obra freudiana. Munido com o novo arcabouço conceitual propiciado pela teoria da libido, é em *Luto e Melancolia*, entretanto, que Freud (2013/1917[1915]) se debruçou mais intensamente sobre o tema e veio aprofundar a compreensão do movimento libidinal característico do luto. Um custoso processo que, não obstante, seria normal frente a uma perda que se dá no plano da realidade. Quer seja essa a perda de uma pessoa amada, a perda da idealização que se tinha por essa pessoa ou, ainda, a perda de uma abstração que ocupe o lugar de objeto de amor, como ideais de pátria e liberdade (FREUD, 2013/1917[1915]). Logo, o luto estaria remetido à perda, e não necessariamente à morte, mobilizando uma complexa redistribuição libidinal que não se fará sem esforço do aparelho psíquico.

Em outras palavras, podemos afirmar que o luto enquanto afeto e reação mais imediata à perda, mobilizará um intenso trabalho psíquico – o trabalho de luto. O trabalho de reconstrução suscitado na medida em que a perda impõe a ruptura da dinâmica psíquica que se achava em vigor (MACHADO; MADRUCCI; CREMASCO, 2016). Se até então a economia psíquica estava assentada em um arranjo no qual o objeto ocupava um lugar importante, agora esse lugar estará vazio, demandando-se do psiquismo a instauração de um novo arranjo em que o objeto ausente possa ser substituído por outro. Tal mudança, todavia, não é imediata. Vagarosamente o trabalho de luto conduzirá a um hiperinvestimento das lembranças e expectativas, relacionadas ao objeto perdido, para o posterior desligamento libidinal delas. Partiria desse movimento, inclusive, as manifestações tão caras ao processo: desânimo intenso e doloroso, perda do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar e inibição das atividades, inclusive de funções fisiológicas, uma vez que não raro se manifestariam no luto distúrbios do sono, do apetite e sensações de cansaço. Em suma, o trabalho de luto mobilizaria o aparelho psíquico em tal nível que esse poderia se ver afastado da própria realidade, que parecerá vazia e desprovida de graça na medida em que nela não se encontra mais o objeto amado (FREUD, 2013/1917[1915]).

Ainda assim, o trabalho de luto não deixaria de ser a submissão do sujeito à realidade da morte do objeto (real ou simbólica). O teste da realidade evidencia que o objeto amado não está mais disponível para o sujeito, o que exigirá o desligamento dos vínculos com esse objeto. “Uma a uma, as lembranças e expectativas pelas quais a libido se ligava ao objeto são focalizadas e superinvestidas e nelas se realiza o desligamento da libido (FREUD, 2013/1917[1915], p.33)”. Ao final do processo o Eu estaria com a cota de libido, que investia o objeto, mais uma vez livre, sendo capaz de investi-la em um substituto, ou seja, em um outro objeto da realidade (FREUD, 2013/1917[1915]). É um processo que, portanto, ainda que no início possa acarretar uma inibição completa do Eu, mantém o sujeito na lógica do Princípio do prazer, visto que ao final do trabalho de luto a capacidade de amar do sujeito não estaria comprometida (MACHADO; MADRUCCI; CREMASCO, 2016).

Na verdade, mesmo o empobrecimento libidinal característico dos estados de luto cumpriria uma função: impedir que o sofrimento, que a dor da perda, perdure indefinidamente (PINHEIRO; QUINTELLA; VERZTMAN, 2010). Mesmo que a pessoa enlutada esteja inicialmente inibida em relação às suas atividades e em relação à capacidade de investir em um novo objeto de amor, martirizando-se pela perda sofrida e fixada nas memórias do que se perdeu, o luto é o movimento que permite a atribuição de um estatuto afirmativo à perda, revestindo esse evento de simbolismo; de linguagem (PINHEIRO; QUINTELLA; VERZTMAN, 2010). Ou seja, o sofrimento é o que permite o sujeito sobreviver à perda, tendo-se que estados depressivos podem justamente se pôr

como posições de acesso à potencialidade criativa da pulsão, resgatando-se a capacidade de amar do sujeito (CAMPOS, 2016).

O que não quer dizer, por outro lado, que o impacto traumático da perda não possa ser enlouquecedor e ultrapassar o limite do suportável. Para alguns autores, pode-se falar mesmo em estados de desorganização psíquica, subsequentes ao efeito disruptivo da perda (KOVÁCS, 1996). Fenômeno que talvez tenha sido reconhecido por Freud quando este afirmou que o aparelho psíquico do sujeito enlutado pode dar espaço para uma psicose alucinatória do desejo, própria às formações oníricas e casos de amênia<sup>22</sup> (FREUD, 2013/1917[1915]). Tal mecanismo, que foi abordado no texto *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (1996/1917[1915]), imediatamente anterior à *Luto e melancolia*, trata-se de uma regressão alucinatória, trazendo à consciência desejos reprimidos como se tivessem sido concretizados. O que, no caso do luto, prolongaria a existência do objeto ao estender os investimentos libidinais nele, apontando para um fracasso momentâneo do juízo de realidade (MENDLOWICZ, 2000).

Por isso, Freud (2013/1917[1915]) será contundente na afirmação de que o trabalho de luto (e de que suas respectivas manifestações, como o sofrimento e afastamento das atividades diárias a que ele conduz), não é um processo patológico, visto que está submetido à realidade e que há nele uma elaboração (SOARES, 2014). Ou seja, existe no luto um trabalho inconsciente que conduz o sujeito a uma interpretação do fato vivido e à superação das resistências relacionadas a essa situação (ROUDINESCO; PLON, 1998b). Por isso, inclusive, Freud parece ter escolhido propositalmente o termo ‘trabalho’ de luto, aproximando-o do trabalho onírico no qual também se verifica um excesso pulsional que demanda um deslocamento energético para o campo representacional.

E tal como as produções do trabalho onírico, vale lembrar, o trabalho de luto adquire uma roupagem singular para cada pessoa (MACHADO; FERRÃO; SEGALLA; CREMASCO, 2017), demonstrando a plasticidade do aparelho psíquico em se reorganizar frente a uma ruptura da sua economia psíquica (MACHADO; MADRUCCI; CREMASCO, 2016). O luto, integrando-se aos modos de funcionamento psíquico, se utilizará dos recursos disponíveis pelo sujeito e se deparará, em igual medida, com as dificuldades que lhe são próprias. Assim, conforme alertou Dunker (2019), o neurótico obsessivo enlutado, por exemplo, se haverá sobretudo com os percalços da ambivalência, o histérico, por sua vez, muito provavelmente se haverá com a dissociação, o fóbico, com a ansiedade expectante, o perverso, com o fetiche, e o psicótico, com a alucinação (DUNKER, 2019). Do que se pode

---

<sup>22</sup> A aproximação entre luto e amênia, por sua vez, é bastante antiga na obra freudiana: remonta ao *Rascunho K*, no qual a amênia alucinatória aguda é colocada como uma neurose de defesa, consistindo na exageração do afeto normal de luto.



depreender, conseqüentemente, que o luto não constitui uma categoria diagnóstica; ou um conjunto de sintomas. Na verdade, sequer faz sentido falar de uma cura para o luto, enquanto sua eliminação, visto que mesmo a adoção de um novo objeto de amor não fará uma substituição completa do objeto perdido. Uma vez que esse tem um caráter insubstituível, sua substituição completa ao final do trabalho de luto será impossível (RUDGE, 2001). Embora o luto conduza a um novo equilíbrio pulsional, restaurando o narcisismo gravemente abalado pela perda, não se trata de restaurar o mesmo equilíbrio anterior. A conclusão do trabalho de luto – se é que verdadeiramente caberia esse termo – aproxima-se de um ato (CREMASCO, 2020), o ato que termina um modo de relação e pode dar início a uma outra coisa, como, por exemplo, a transformação do ressentimento em saudade. Ainda que a dor da perda, em alguma medida, persista no aparelho psíquico (MACHADO; MADRUCCI; CREMASCO, 2016).

É interessante pontuar, aqui, que se o termo ‘trabalho’ não foi escolhido em vão por Freud, tampouco foi o termo ‘dor’. Já em *Rascunho G*, o autor tinha como certo que um desinvestimento libidinal é sempre desprazeroso, tomando como analogias desse processo a sensação de dor e a imagem de uma hemorragia interna. É, porém, em um pequeno apêndice do texto *Inibições, sintomas e ansiedade*, de 1925, que Freud se deteve à respeito da dor psíquica subjacente ao trabalho do luto, afirmando que a ideia de dor, como reação à perda de um objeto, não é sem motivo. Tratar-se-ia, na verdade, de uma comparação real, porque a dor física é a consequência de um aumento de investimentos narcísicos no local, interno ou externo, em que o escudo protetor foi lesionado. De tal lesão, passaria a ser emitida uma estimulação constante, da qual o sistema muscular não consegue se livrar. Daí que a libido do Eu é desviada para o órgão lesionado, enfraquecendo o Eu e diminuindo sua capacidade de investimentos e de obtenção de satisfações a partir deles. Segundo Freud (1996/1926[1925]), uma situação análoga aconteceria com a perda de um objeto de amor, só que nessa situação entraria em jogo a libido objetal: concentra-se uma enorme quantidade de investimentos objetais em torno do objeto que foi perdido e, assim, reproduz-se as mesmas condições econômicas envolvidas na dor física.

Pode-se afirmar que na dor, seja física ou psíquica, de um lado, há a energia livre suscitada pela ruptura da perda – ou pela ruptura da barreira de proteção do corpo – e do outro a energia do contrainvestimento, que é mobilizada no aparelho psíquico para produzir uma ligação. Há, portanto, um encontro de energias que, na ânsia do aparelho psíquico por integrar a energia livre, cria a condição da dor, própria da elaboração psíquica do traumático (BORGES, 1996). Dessa forma, há na dor um excesso que absorve o sujeito de tal maneira que, diante da dor, não existe espaço para a alteridade, o sujeito fecha-se sobre si mesmo em uma experiência marcadamente narcísica (BIRMAN, 2003). Nas palavras de Anzieu

(1989), “Cada um está só diante da dor (p. 256)”. Fenômeno que, além disso, espanta por sua variabilidade. A dor psíquica é incontornável e pode assumir diferentes contornos. Tal como no trauma, apresentando-se como um presente permanente que não se torna passado e que, além disso, proporcionaria a percepção de que o futuro está obliterado (VERZTMAN; ROMÃO-DIAS, 2020).

Vale notar que, no caso do luto, o trabalho de desinvestimento do objeto perdido acaba proporcionando o hiperinvestimento em torno desse objeto. Como se, para se operar o desligamento libidinal do objeto, existisse um período necessário de reforço dessa ligação. E daí que se tem a condição para que, conforme foi visto, a perda real que se dá em nível psíquico seja sentida como dor e fragilização do Eu, que não se prestará a mais nada a não ser ao próprio trabalho do luto. Nesse sentido, Nasio (1997) argumentará que a dor do luto é, na verdade, a dor da ligação. Não seria a ruptura com o objeto que causaria a dor, mas o hiperinvestimento que se faz, durante o trabalho de luto, em um objeto que, todavia, está perdido. O que caracterizaria a dor do luto não como a dor da separação, mas como a dor do próprio amor (NASIO, 1997). Uma dor que, portanto, poderá ser exaltada pelo enlutado, que verá nessa manifestação uma espécie de homenagem e prova de amor ao objeto amado (NASIO, 1997). Sob o risco de se assistir a um apego excessivo a essa dor, da qual o afastamento produzirá culpa.

Voltando-se a Freud, vemos que o mecanismo principal subjacente à perda do objeto produz a dor psíquica, e não tanto a angústia, como aconteceria diante da ameaça da perda do objeto querido. Ainda assim, porém, a culpa também não deixa de ser onipresente no processo de luto, dificultando sua realização. Obviamente, a ambivalência amorosa toma sua parte na instauração da culpa, que será tão mais intensa no caso em que a perda objetual desencadeie um processo melancólico, conforme veremos a seguir. Contudo, a culpa não seria totalmente contemplada apenas como decorrência da ambivalência amorosa, visto que ela também pode servir à ilusão de uma saída diante da morte. Ora, uma vez que se instale a crença de que foram os erros cometidos em relação ao objeto que ocasionaram sua morte, então se cria a perspectiva de que, no futuro, tais erros poderiam ser corrigidos, afastando-se a morte e a dor. Os exemplos são inúmeros, e não raro os sobreviventes se acusam por, talvez, não terem escolhido o melhor hospital, o melhor médico... quem sabe se com aquele outro tratamento o resultado não seria diferente... A culpa, no trabalho de luto, equilibra o psiquismo, mesmo que precariamente, ao criar um imaginário frente à ausência de sentido da morte (JORGE, 2001). A culpa pode entrar no lugar do encontro com o vazio simbólico da perda objetual, o que justamente colocaria o sujeito diante da impotência de respostas; diante do próprio trauma (RUDGE, 2001). Nas palavras de Rudge, “Pela culpa, o que é afirmado é a possibilidade de manter a morte à

distância, vencê-la no jogo de xadrez [...] a culpa economiza angústia de castração (RUDGE, 2001, p. 205)". Frente à morte, busca-se por culpados. Forma do Supereu atacar o mundo ou a si próprio (JORGE, 2001), sendo que mesmo que essa culpa recaia sobre o Eu, ela ainda se coloca como um artifício para suportar a angústia (GONÇALVES, 2019).

Além disso, deve-se lembrar que a dor do luto ajuda a manter vivo aquele que partiu, pois prolonga sua existência; os laços com quem se perdeu continuam sendo investidos, e a resistência em desinvestir a posição libidinal se faz presente. Conforme argumentou Nasio (1997), mesmo diante de dores extenuantes, o enlutado muitas vezes faz questão de sofrer, tomando sua dor como um tributo e uma demonstração de amor a quem partiu. Suportam sua dor e resistem às tentativas de consolo vindas dos outros; querem sentir sua dor, que é descarregada pelas lágrimas, pelos gritos e até pelas contorções corporais (NASIO, 1997). Birman (2003) chega a cogitar que, na situação em que a pessoa é dominada pela passividade que se instala diante da dor, seu próprio corpo poderia ser modificado, para não dizer danificado. Fato é que parte do Eu resiste em aceitar a realidade da perda, tamponando-a ao manter ativos os investimentos no objeto até que essa energia possa, muito lentamente, ser dirigida a outros fins (CHERIX; COELHO JUNIOR, 2017). O luto reativaria, portanto, a capacidade de perda, isto é, a função de integrar psiquicamente as perdas que têm início ainda no berço, frente às separações com a mãe (CREMASCO, 2019). Separações com o objeto materno essenciais na constituição das representações de tempo e ritmo, relacionando o luto, conseqüentemente, à capacidade de vivenciar o tempo psíquico de forma separada do tempo objetivo. Na prática clínica com enlutados, isso se perceberia pelo alternar súbito do prazer da lembrança do objeto e da dor de percebê-lo novamente perdido (CHERIX; COELHO JUNIOR, 2017).

Logo, não surpreende que quando o sofrimento, que prolongava a existência interna do objeto, diminui, a culpa pelo gradual distanciamento do objeto perdido tenda a aumentar. A culpa prolonga a realização do trabalho de luto, mas também protege o sujeito da angústia, sendo preferível ao sofrimento relacionado ao vazio de sentido da perda objetual (JORGE, 2001; GONÇALVES, 2019). Ao final do trabalho de luto, haverá então a restauração do narcisismo ferido e da ilusão, que fora perdida no encontro com o trauma da perda, mas que seria necessária para a realização de novos investimentos, de que a morte pode ser evitada. Mas, fato é que essas restaurações não são sem cicatrizes (RUDGE, 2001). A perda do objeto de amor deixa marcas profundas e permanentes. O trabalho de luto não é, pois, um trabalho de esquecimento. É, tão somente, um trabalho de liberdade (VENTURA, 2016). A liberdade da pulsão em poder investir novamente no mundo e, quem sabe, reencontrar nele certa graça.

Nesse sentido, podemos falar do luto como um trabalho necessário à continuação da vida, da preservação da libido e do Princípio de prazer. Lembrando-se aqui que as perdas na vida humana não se resumem a situações de falecimento ou a outras grandes catástrofes na vida pessoal e coletiva. Antes disso, as perdas na vida são muito mais presentes e, assim, constitutivas da subjetividade humana. Para Peres (2013), as perdas se iniciam na entrada do ser humano no mundo – marcada pelo grito e o choro. Nas palavras da autora,

A criança chega ao mundo expulsa de seu acolhimento natural. Ao nascer, ao perder o envoltório protetor da placenta, ela perde – perda materializada pelo corte do cordão umbilical; ao enfrentar o desmame, outra perda. E não é difícil acompanharmos as sucessivas perdas que a inserção no universo simbólico impõe e, em consequência, verificamos o lugar do luto e seu trabalho ao longo de nossas vidas (PERES, 2013, p.69).

Há perdas, portanto, próprias ao crescer e, também, ao envelhecimento, quando o declínio das funções orgânicas impõe um novo processo de elaboração ao narcisismo ferido (CAVALCANTI; SAMCZUK; BONFIM, 2013). Em última análise, dada a situação de desamparo fundamental do ser humano, o processo de luto é inerente à existência, versando sobre a própria arquitetura do sujeito, forjada no sofrimento e na dor. É o trabalho de luto que permite a sobrevivência diante de uma existência trágica, constituindo-se como um processo formador da própria civilização e também como um dispositivo de subjetivação.

Frente a toda essa dor e complexidade que é o trabalho de luto, portanto, não espanta que ele não seja uma simples reação à perda, facilmente conduzida pelo aparelho psíquico de todos os indivíduos. Frente à perda objetal existe outra importante saída. Trataremos dela agora. Falemos sobre a melancolia.

### 3.2 MELANCOLIA

A melancolia é, certamente, uma das perturbações psíquicas mais conhecidas de toda a história. O que não quer dizer que ela seja a mais frequente, em termos estatísticos, mas que carrega consigo traços muito parecidos ao longo do tempo, de forma que podemos reconhecê-la mesmo sob os diferentes nomes que recebeu e as diferentes explicações que lhe foram propostas. Passamos assim pela Antiguidade Clássica, com o desequilíbrio humoral que provocaria a “Doença de Saturno”, doença dos loucos e dos gênios, até a Idade Média, com a sua Acídia, o Demônio do Meio Dia que assombraria os monges. Na Idade Moderna, por sua vez, a melancolia ganharia o estatuto de loucura e, avançando pela contemporaneidade, atrairia novamente a atenção da medicina, que lhe chamaria de Psicose Maníaco-Depressiva. Nesse ponto, Freud também se debruçou sobre a melancolia,

mas para ir além da sua fenomenologia. Reconheceu, dessa forma, a melancolia como um outro caminho diante da perda objetal, mas um caminho mórbido, que será definido como um luto patológico (2013/1917[1915]). Um caminho tortuoso ao ponto do autor se referir à melancolia como um verdadeiro distúrbio da pulsionalidade (FREUD, 1996/1920). Se com o trabalho de luto há uma substituição do objeto perdido, reorganizando-se a economia psíquica, na melancolia isso não ocorre, sendo que a mobilização do aparelho psíquico se dá no sentido de preservar o investimento no objeto perdido. É um movimento que, portanto, viola o Princípio do prazer ao manter o investimento em um objeto que já não pode fornecer gratificações e, mais do que isso, porque também promove uma verdadeira exaltação do sofrimento produzido. Característica que, aliás, é a marca registrada que nos permite localizar as manifestações melancólicas no curso da história.

A melancolia, porém, não se apresenta sob uma única forma clínica. Mesmo para a psiquiatria da época de Freud, o quadro em questão tinha definições variáveis, sem que a ele se impusesse um consenso. O próprio Freud chegou a admitir que alguns casos lhe pareciam se tratar de afecções puramente orgânicas, cogitando para eles uma origem genética. Dessa forma, o que Freud chamará de melancolia, a partir do ano de 1915, refere-se a um recorte de casos nos quais prevaleceriam o fator psíquico relacionado a uma perda (FREUD, 2013/1917[1915]).

Antes dessa data, na ausência de uma definição formal para a melancolia, o quadro foi compreendido de diferentes modos, sendo tomado ora como um sentimento (sensação de aniquilamento do Eu ou temor da impotência), ora como um sintoma (de determinação psíquica, somática ou, mesmo, comportamental) e, ainda, sendo ora tomado como uma categoria nosográfica própria. Não obstante, o destaque nessas publicações encontra-se em *Rascunho G*. Escrito em que Freud apresentou algumas ideias sistematizadas sobre a etiologia psíquica da melancolia, cujo fator desencadeante era localizado na inibição sexual somática. Esse é um período, deve-se lembrar, anterior ao desenvolvimento da teoria pulsional. Assim, muitas das concepções presentes no rascunho serão modificadas, incluindo-se aí a nomenclatura utilizada. Mas, não se modificará o paralelo bastante precoce que o autor fez entre a melancolia e o luto, já notando na melancolia uma inibição semelhante a do enlutado e depreendendo, disso, que o melancólico também realiza um trabalho psíquico associado a uma perda.

E uma perda, diga-se de passagem, que é indefinida. Conforme dissertado no *Rascunho G*, o que se perdeu, na melancolia, seria a própria libido. E daí que o autor usará a metáfora de que na condição melancólica existe uma ‘hemorragia interna’, visto que a libido do sujeito não se voltaria para o mundo exterior e tampouco encontraria satisfação internamente; ela se escoaria pelo aparelho psíquico, gerando enorme dor. Ideia que, aliás,

permanecerá durante toda a obra de Freud: a perda de um investimento objetal sempre gerará uma resistência ao desligamento do objeto, ocasionando o pesar que vimos estar na base da dor do luto. E que no caso da melancolia, por sua vez, sugere existir um luto não elaborado pelo aniquilamento da própria libido, promovendo tanto o sofrimento quanto a inibição características do quadro.

Com o avançar da obra freudiana, e o desenvolvimento da psicanálise propriamente dita, temos acesso, enfim, ao artigo *Luto e melancolia*, obra em que o autor se debruçou especificamente sobre o tema da melancolia, buscando compreender seu substrato metapsicológico. Uma incursão que levou o autor a concluir que a melancolia é um processo patológico de luto impossível. Impossível na medida em que o sujeito melancólico se mostra incapaz de abandonar um investimento libidinal. Diante da perda – que pode ser qualquer abalo sofrido no seio de uma relação, geralmente se referindo a uma morte simbólica na qual o objeto permanece vivo, mas deixa de funcionar como objeto de amor – o sujeito empreende um retorno ao Eu dos investimentos que se destinavam ao objeto amado. Mas um retorno que não só volta ao Eu do sujeito na forma de um investimento narcísico como, também, modifica-o. Realiza-se aí uma identificação com o objeto perdido, transformando o Eu no próprio objeto amado, cuja presença real se torna obsoleta. Daí que, se o luto é o trabalho que permite o desligamento libidinal de um objeto perdido, a melancolia impossibilita esse movimento, na medida que seu esforço é no sentido de preservar o investimento no objeto, que agora passa a ser o próprio Eu (FREUD, 2013/1917[1915]). Em outras palavras, a posição melancólica diante da perda não deixa de se aproximar de uma forma de defesa regressiva, na qual a relação com o objeto é transportada para um tempo narcísico salvaguardado da ameaça da morte e do tempo (CHERIX; COELHO JUNIOR, 2017).

Como resultado, vemos que na melancolia, tal como no luto, há a inibição das atividades cotidianas e o humor deprimido típicos de quem perdeu algo. Todavia, se no luto a autoestima da pessoa permanece preservada, na melancolia manifesta-se uma intensa depreciação de si. Algo que Freud (2013/1917[1915]) nomeou em termos de empobrecimento do Eu e que culmina em um notável quadro de autorrecriações, desejo de castigo, delírios de inferioridade e insultos autodirigidos. É como se o sujeito se desnudasse, expondo seu desagrado moral para consigo mesmo em um movimento paradoxal, pois revela aos outros aquilo que supostamente teria de pior e parece extrair daí uma satisfação patológica; o melancólico se vê como um ser hediondo e não parece sentir vergonha de descortinar tudo o que carrega de abominável.

Não é preciso dizer que essas autodegradações do melancólico, que chega a lamentar a imposição mórbida de sua companhia aos entes queridos, não se justificam.

Tampouco se estendem pelos momentos saudáveis que, aliás, são ignorados pelo doente, para quem ele sempre fora uma pessoa indigna. O que a insistência nessa degradação autoengendrada parece realmente apontar é para a natureza do que se perdeu; a perda inconsciente do próprio Eu. Se no luto a realidade externa parece esvaziada, pois nela não se encontra mais o objeto amado, na melancolia é o Eu quem está esvaziado. Esvaziado de libido e, justamente por isso, o Eu estaria sem condições de se contrapor às autoacusações que, em geral, referem-se a expectativas éticas, dando pouca importância para inferioridades no plano material, físico ou social. O melancólico vive a realidade psíquica do empobrecimento e da revolta. (FREUD, 2013/1917[1915]).

Ao mesmo tempo, é válido dizer que o Eu do melancólico também parece preenchido; preenchido pela pesada identificação com o objeto perdido. E aqui parece residir a genialidade da escuta de Freud que, ao ouvir o queixume do melancólico, logo percebeu que as autoacusações na verdade se dirigiam a outrem<sup>23</sup>, a um objeto de amor que a pessoa ama, amou ou que deveria amar. O melancólico, inclusive, está longe de ser a pessoa humilde que busca se redimir por seus erros. Antes disso, o melancólico frequentemente é uma pessoa incômoda, que facilmente se sente injustiçada e ofendida. Exprime uma hostilidade que só pode ser compreendida na medida em que, “Para eles, queixar-se é dar queixa (FREUD, 2013/1917[1915], p.37)”. Isto é, ao se autoacusar, o melancólico estaria, na verdade, acusando o objeto perdido com quem se identificou.

Verifica-se na melancolia, conseqüentemente, a fragilidade dos limites e a existência de vínculos mal definidos (PERES, 2013). Há um retorno aqui ao estágio narcísico, em que as fronteiras entre o Eu e o mundo externo estão borradas e em que a relação estabelecida com o objeto de amor se dá por um protótipo narcísico. Só assim se compreenderiam as particularidades de uma relação objetal na qual existe uma fixação tão forte no objeto (pois o melancólico se mostra incapaz de renunciar a esse objeto e investir em um substituto) e, por outro lado, uma resistência tão baixa do investimento libidinal, capaz de facilmente regredir ao Eu, modificando-o (FREUD, 2013/1917[1915]). Em outras palavras, pode-se dizer que o objeto em si é dispensável, embora a relação com ele não seja. Vigora, na melancolia, a existência de um amor fortemente narcisista, no qual qualquer mácula pode ser motivo para a retirada de libido e transformação dessa energia na identificação do Eu com o objeto.

Cumprе registrar aqui que o mecanismo da identificação – que modifica o Eu na melancolia – não é patológico por si mesmo, sendo que em *O ego e o Id*, Freud (1996/1923) falará sobre como as identificações ajudam a formar o Eu, que se engrandecerá ao adquirir diferentes características de seus objetos. Acontece que a identificação que ocorre no

---

<sup>23</sup> Confrontando-se o melancólico em essa observação, o sujeito tende a confirmá-la (FREUD, 2013/1917[1915]).

quadro da melancolia é mais arcaica do que a identificação neurótica (FREUD, 2013/1917[1915]). Nessa última, o investimento no objeto, com cujo traço o sujeito se identificou, não cessa; o sujeito se identifica com um traço do objeto e permanece investindo nele como objeto de amor. No caso da melancolia, isso não acontece, existindo o desinvestimento do objeto de amor que retorna ao Eu e ali produziria uma identificação provavelmente maciça. Se a identificação neurótica/histórica se restringe a determinadas características do objeto, na posição melancólica a identificação parece acontecer com o objeto em bloco (e não apenas com um traço dele). Aquilo que Freud teria expressado em sua enigmática frase “[...] a sombra do objeto caiu sobre o ego (FREUD, 2013/1917[1915], p.38)”.

Fato é que a ocorrência de uma modificação maciça no interior do Eu, como a identificação melancólica, não permanece sem consequências. E aqui a ambivalência, já explorada por Freud em *Totem e tabu*, parece cumprir um importante papel no curso da melancolia. O ódio, que na melancolia está voltado sobre si, seria o mesmo que o sujeito nutria pelo objeto amado antes da identificação com ele. Um ódio que vem ofender a instância crítica e moral<sup>24</sup> existente no interior do Eu, que passa então a imprimir um imperioso julgamento direcionado à identificação narcísica, instrumentando o melancólico com uma satisfação sádica em humilhar e insultar o objeto amado-odiado. Dado o contexto da identificação, entretanto, o ódio acaba sendo derramado sobre o Eu que, por estar transformado no objeto, faz da autopunição uma maneira de se vingar do outro. O conflito com o objeto amado é transformado em um conflito no interior do Eu (PERES, 2013), sendo que aqui a própria condição de estar doente – ter recaído na melancolia – já pode ser interpretada em um duplo propósito de autotortura e, também, como uma punição endereçada ao objeto perdido, amado<sup>25</sup> e odiado (FREUD, 2013/1917[1915]). No mesmo caminho, o ato extremo do suicídio poderia ser compreendido então como uma ação<sup>26</sup> que

---

<sup>24</sup> A ideia de uma instância que vigia e empreende um julgamento de natureza ético moral sobre o Eu, é, na verdade, o germe do conceito de Supereu. Conceito cuja sistematização será de suma importância na compreensão das manifestações melancólicas, às quais se atribuirão a existência de um Supereu excessivamente mordaz.

<sup>25</sup> Vale lembrar que o amor ao modelo narcísico, próprio da relação do melancólico com seu objeto amado, já se destaca em termos de ambivalência. Tal como ponderou Freud, especula-se que além da ambivalência constitucional, possa existir um incremento dessa tendência em relações marcadas por constantes ameaças da perda do amor. Cogitando-se, ainda, que a própria forma de amar na melancolia, por ser regredida, poderia assumir contornos orais e, por vezes, sádico anais (FREUD, 2013/1917[1915]), em que as manifestações de amor e ódio se confundiriam (FREUD, 1996/1915).

<sup>26</sup> Embora não coloque nesses termos, é possível compreender o suicídio na obra freudiana como uma passagem ao ato (*acting out* ou atuação), isto é, o mecanismo pelo qual o sujeito coloca em ação suas pulsões, fantasias ou desejos inconscientes, ao invés da rememoração desses conteúdos. Na escola francesa de psicanálise, tende-se a defender esse ponto de vista, mas partindo-se de uma construção teórica que tece diferenciações entre ato, *acting out* e passagem ao ato (ROUDINESCO; PLON, 1998a).



pune o Eu ao mesmo tempo em que é endereçada a um outro, demonstrando a força do ímpeto de destruir o objeto (FREUD, 2013/1917[1915]).

Mais do que isso, porém, o risco real do suicídio na afecção melancólica reafirma o esvaziamento do Eu. Um Eu que precisa abdicar de uma parte de si para sustentar a identificação com o objeto perdido, enfraquecendo-se e, dessa maneira, considerando-se merecedor das profundas críticas que recaem sobre si. Nas palavras de Freud, “Assim, a perda do objeto se transformou em perda do ego e o conflito entre o ego e a pessoa amada em uma bipartição entre a crítica do ego e o ego modificado pela identificação (FREUD, 2013/1917[1915], p.38)”. No final das contas, é como se não restasse espaço para que o Eu possa se contrapor às admoestações ou que possa seguir dando continuidade às funções da vida, pois tal como no luto, na melancolia o sujeito esgotado também não se presta a mais nada. Ele está inibido e consumido por aquilo que Freud (2013/1917[1915]) chamou de o complexo melancólico, descrevendo esse processo como uma ferida aberta pela qual se escoia a libido (FREUD, 2013/1917[1915]). Em outras palavras, haveria na melancolia uma grave desordem pulsional que, não se reorganizando tal como aconteceria com a elaboração do luto, pode até mesmo conduzir o sujeito à morte.

De forma geral, pode-se pensar que o complexo melancólico direciona para si uma vultuosa quantidade de contrainvestimentos, empobrecendo o Eu, cuja energia estará canalizada para isso que Freud chamou de *ferida* narcísica. Daí resultaria a própria insônia, sintoma tão comum na melancolia; o complexo melancólico é resistente até mesmo à necessidade do Eu de dormir (FREUD, 2013/1917[1915]). Mas, a verdade, é que a inibição e a apatia podem tomar conta de todas as funções do Eu e, talvez justamente por isso, exista a relação que Freud sempre notou existir entre a melancolia e uma série de perturbações biológicas, tal qual a insônia, mas também com a ocorrência de pressões intracranianas e dispepsias (FREUD, 1996/1886-1889a). O complexo melancólico drenaria para si os investimentos e contrainvestimentos do Eu, causando um excesso pulsional que eleva a tensão psíquica, produzindo a condição econômica para instauração da dor psíquica (CALHEIROS, 2014). Além, obviamente, de também existir um prejuízo da relação do sujeito com a realidade externa. Desligando-se do mundo, o sujeito acaba por recair em uma posição narcísica autocentrada (CALHEIROS, 2014).

O complexo melancólico, dessa forma, seria uma ferida que não cicatriza, uma ferida cujo sofrimento não se atenua, uma vez que quanto mais libido é perdida no complexo, mais a ferida tende a se abrir; mais fortes ficarão as recriminações que são lançadas ao Eu que, por sua vez, estará mais fragilizado para se impor à instância crítica ou para realizar um investimento substituto do objeto perdido. E, tudo isso, sem que o sujeito saiba o que de fato

se perdeu com o objeto perdido. Sem que possa localizar e elaborar a perda inconsciente que teve de si próprio. Por isso, cabem as palavras de Peres (2013), quando esta afirma:

O melancólico sofre a angústia de um esvaziamento no eu (ego), um enfraquecimento do “sentimento de si”, e elabora sobre ele próprio um diagnóstico construído na menos-valia, na incapacidade para viver. Torturado sobre o não saber de tanto sofrimento, incrementa o autopadecimento e se interroga: “Por que sofro tanto?” (PERES, 2013, p. s.p).

Da comparação entre a melancolia e as demais formas de neurose, aliás, fica claro que a dinâmica psíquica desencadeada no processo melancólico é muito diferente da formação sintomática neurótica. Partindo dos avanços teóricos da década de 1920, no artigo *Neurose e Psicose*, Freud (1996/1924[1923]) foi categórico ao afirmar que a melancolia teria por base um conflito entre o Eu e o Supereu, classificando-a como uma Psiconeurose narcísica. Categoria que, conseqüentemente, demarcaria a diferença da melancolia tanto em relação às ditas neuroses de transferência, como a histeria e a neurose obsessiva (nas quais o conflito principal se daria entre o Id e o Eu), quanto em relação às psicoses (cujo conflito estaria entre o Eu e o mundo externo).

Localizando a melancolia como a única representante das Psiconeuroses narcísicas, Freud (1996/1924[1923]) colocaria em destaque o elemento narcísico do quadro, característica que dificultaria a transferência no contexto clínico. O melancólico tenderia a não se queixar de seu sofrimento, ao contrário, aceita-o como dele merecedor, deixando de se dirigir às outras pessoas em busca de alento. Conseqüentemente, o vínculo pela palavra ficaria enfraquecido, prejudicando-se o estabelecimento da transferência (RODRIGUES, 2000). A categoria de Psiconeurose narcísica, portanto, seria uma classificação criada por Freud frente às dificuldades conceituais e do manejo clínico, na medida em que a melancolia não responde ao modelo neurótico-histérico desenvolvido pelo autor até então (PINHEIRO, 2012).

Mais do que um conflito entre o Eu e o Supereu, contudo, tratar-se-ia na condição melancólica de um conflito entre o Eu e um Supereu particularmente cruel, cuja ação sobre o Eu produziria um sentimento exacerbado de culpa. O que levou Freud (1996/1923) a conjecturar que, na posição melancólica, o sadismo foi posto a serviço do Supereu, sendo que a agressividade da pessoa não é escoada para fora ou posta à trabalhar com o componente erótico das pulsões, mas totalmente dirigida ao Eu. Daí que o autor afirmou:

O que está influenciando agora o superego é, por assim dizer, uma cultura pura do instinto de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte, se aquele não afastar o seu tirano a tempo, através da mudança para a mania (FREUD, 1996/1923, p.66).

Assim, o suicídio pode ser pensado como a ação da pulsão de morte voltada sobre o Eu impossibilitado de reagir, enquanto a condição maníaca, verificada em alguns quadros melancólicos, seria uma espécie de defesa contra o sofrimento excessivo, movimento de salvaguardar o Eu dessa destrutividade direcionada a si próprio.

Acerca da ação do Supereu colérico sobre a condição melancólica, é interessante notar que, se em *Luto e melancolia*, Freud (2013/1917[1915]) afirmou existir uma grande variedade de tipos melancólicos, sem reuni-los sob uma mesma etiologia, em *Psicologia de grupo e a análise do ego*, o autor propôs a existência de dois tipos de melancolia. Um deles, a variante psicogênica, se configuraria como o luto impossível, que ao invés da substituição do objeto promoveria a identificação com ele. A outra variante melancólica, por sua vez, denominada pelo autor de ‘tipo espontâneo’, seria decorrente de uma severidade intrínseca ao Supereu, sem a existência da perda e da identificação objetal características da melancolia psicogênica. Embora o autor não se adentre nas especificidades dessas duas formas melancólicas, que até então não haviam sido mencionadas por ele, Freud (1996/1921) alegou que tanto a oscilação de humor, entre depressão e mania, quanto a ausência dessa oscilação, poderiam estar presentes nesses dois tipos melancólicos.

Quanto à resolução da melancolia, que não raro se apresenta de forma cíclica, alternando períodos saudáveis e períodos de extremo sofrimento, permaneceria um mistério sobre o qual Freud somente se aventurou a lançar hipóteses. Ainda em *Luto e melancolia*, o autor cogitou a existência de um lento e progressivo afrouxamento da libido fixada ao objeto perdido, decorrente das inúmeras batalhas de amor e o ódio que, em desfavor do objeto amado, poderia levar à desvalorização desse último. Além disso, a explicação poderia residir na simples deserção àquele amor que parecia impossível de abandonar ou, ainda, no apaziguamento da raiva. A mania, por sua vez, embora interrompa a depressão melancólica, também não seria uma resolução para a perda subjacente ao quadro. E isso na medida em que o trabalho de luto, caminho normal frente à perda, não tem seu término na mania. No término do luto, haveria apenas um alívio pelo fim do trabalho de desinvestimento das ligações, que libera caminho para um novo investimento na realidade externa. O que levou Freud a conjecturar que a irrupção maníaca é um domínio temporário sobre o processo melancólico e não a sua resolução por excelência. Podendo-se afirmar que entre a mania e a melancolia não há uma verdadeira inversão de conteúdo (FREUD, 2013/1917[1915]).

Mas haveria aí uma inversão da constelação sintomática, que na mania tende a assumir a forma oposta à da melancolia: elevado estado de ânimo, grande descarga de afetos de alegria e excelente disposição para a ação. Inclusive, delírios de grandeza e poder poderiam se fazer presentes (em contraposição aos delírios de inferioridade moral presentes

na fase depressiva). Na mania haveria uma explosão energética, que abre espaço para investimentos excessivos e acelerados cuja libido não provém de outro lugar que não do próprio complexo melancólico. Ou seja, na mania há uma superação momentânea da perda do objeto, um tamponamento da ferida narcísica que impedirá a perda da libido, disponibilizando-a para a realização de investimentos em objetos da realidade. É uma vitória do Eu, temporária e inconsciente, possivelmente inconsistente.

Na mania, argumenta-se, haveria a supressão da instância que julga, permitindo uma equiparação repentina do Eu com o Ideal do Eu. Um processo que salvaguarda o Eu da tirania superegórica que o conduziria à morte (FREUD, 1996/1927). Assim, a mania pode ser compreendida como uma forma desesperada de defesa que se dá, não contra a depressão, mas contra o superego (QUINET, 2002). Fazendo da mania, conseqüentemente, parte da dinâmica melancólica, o ponto de escape quando a situação se torna insustentável, mas não a construção de um novo modo de relação com o objeto ou consigo mesmo. A mania, como nos dirá Freud (1996/1927), não é algo diferente da melancolia.

E assim entramos em uma questão bastante curiosa. Pois, se a melancolia pode ser temporariamente interrompida pela crise maníaca, ela também pode ser temporariamente interrompida pela irrupção de um adoecimento físico relevante (FREUD, 1996/1923). De modo que podemos nos perguntar se esse adoecimento físico que se manifesta durante o curso de uma melancolia não entraria no papel desse tamponamento da perda narcísica, como se provisoriamente entrasse no lugar do investimento objetal até então ocupado pelo objeto que foi perdido. Lembramos assim da dinâmica masoquista para a qual importa a manutenção da cota de sofrimento do aparelho psíquico, independentemente de sua forma, fazendo do adoecimento orgânico a expressão de um sofrimento de ordem moral. E, mais do que isso, fazendo com que o adoecimento orgânico, concentrando em si o sofrimento, desempenhe o duplo papel de organizar o aparelho psíquico – que afora a doença do corpo poderá se dedicar a novas relações, inclusive às relações de cuidado com esse corpo enfermo – e, de outro lado, manter intacto o conflito que até então vigorava em nível psíquico. O adoecimento apareceria então como uma tensão que causa alívio e que pode ser preferível ao conflito expresso em nível psíquico.

Para concluirmos, extrapolando o campo do adoecimento físico biologicamente justificável e trazendo novamente o corpo para o centro da discussão, cumpre apontar que, para algumas interpretações, poderia existir de uma vertente melancólica na dor física crônica (PERES; SOLDATI, 2019). Fenômeno no qual a manifestação dolorosa – sem necessariamente a ocorrência de uma lesão anatômica correspondente – preencheria o vazio deixado pelo objeto perdido, mantendo o luto interditado ao evitar o desenrolar de um processo de separação (PARABONI, 2010). Nesse caso, o corpo estaria convocado à

exteriorizar uma dor profunda, impossível de ser vivenciada no plano psíquico. O corpo, em outras palavras, seria utilizado – tal qual parece ser a virada maníaca – como um custoso recurso defensivo, cuja manutenção também promoveria o esvaziamento do Eu e impediria a realização de novos investimentos objetais, mas afastaria o sujeito do aniquilamento psíquico que representaria o encontro com a perda objetual (CARDOSO; PARABONI, 2010). Devendo-se lembrar, nesse ponto, que tanto a melancolia, quanto o episódio de dor, caracterizam-se por uma retração narcísica que obedece às condições econômicas de instauração de dor, orgânica e psíquica (SANTOS; RUDGE, 2014).

### 3.3 O LUTO, A MELANCOLIA E O ADOECIMENTO FÍSICO

O argumento de *Luto e melancolia*, ensaio de referência no estudo psicanalítico dos dois processos que o nomeiam, é construído na diferenciação entre o luto, tomado como a reação normal à perda, e a melancolia, considerada não apenas como uma forma patológica de luto, mas como possuidora de uma dinâmica muito particular. Extrapolando os mecanismos do luto em pelo menos dois aspectos essenciais, Freud (2013/1917[1915]) nos explicou que na melancolia a natureza do objeto geralmente é de caráter mais ideal, provocando uma perda de ordem inconsciente na qual não se sabe precisar o que foi perdido com a perda do objeto. Além disso, ao invés do trabalho de desligamento do objeto – a elaboração do luto – na melancolia ocorreria uma pesada identificação com ele, de forma que a relação com o objeto perdido permanece preservada em nível narcísico, ainda que o investimento objetual não. Do complexo melancólico resultante desses processos veríamos um grande distúrbio da pulsionalidade, para usarmos os termos de Freud, ao qual é atribuído exteriorizações de ordem somática.

Ainda nos escritos considerados como pré-psicanalíticos, o autor já havia descrito, como parte das manifestações melancólicas, sintomas de ordem física, tais quais as mencionadas pressões intracranianas e problemas digestivos (FREUD, 1996/1886-1889a). No artigo de 1917, por sua vez, cogitou que algumas formas de melancolia deveriam ter determinações puramente orgânicas, prescindindo da perda de um objeto amado para seu aparecimento. Em *O Ego e o id*, por fim, Freud (1996/1923) afirmou que a melancolia poderia ser temporariamente interrompida dada a eclosão de um adoecimento físico importante. Interessando notar que, ao lado da melancolia, como passível do mesmo processo – que mais tarde a área da psicossomática chamaria de alternância psicossomática – o autor colocou a esquizofrenia, mas não o luto, mesmo esse último podendo se constituir como uma experiência traumática na qual há a ruptura da economia psíquica. No que concerne ao adoecimento físico que parece se relacionar à perda objetual,

podemos citar ainda o caso Anna. O., paciente que, após a morte do pai, pareceu mimetizar sua doença. Manifestação que foi interpretada por Freud como uma forma mórbida de expressar o luto pelo objeto amado, convocando o corpo para a expressão do sofrimento por meio dos processos conversivos da histeria.

Diante da perda, consequentemente, a obra freudiana parece considerar como normal – ou quem sabe, como ideal – o curso de um trabalho de luto que se desenvolve em nível psíquico, sem apelar para o corpo. Afora, talvez, na inibição do sono ou do apetite. Não que Freud tenha alegado que nenhuma outra manifestação somática poderia surgir no decorrer de um processo de luto, mas de fato parece ter associado essas emergências a processos patológicos. Um movimento que, tomando a liberdade de ultrapassar nossa área de investigação, parece acontecer também em outros campos de conhecimento.

Assim, se é verdade que a psiquiatria não postulou a existência de um transtorno mental relacionado à vivência de um luto patológico, sugere como ponto de investigação uma classificação diagnóstica que venha abarcar essa possibilidade. Fala-se, dessa forma, do Transtorno do Luto Complexo Persistente, no qual se enquadrariam casos de luto que, passados 12 meses desde o episódio da perda, ainda apresentariam, entre outros sintomas, um pesar intenso e uma incessante saudade do falecido. Como características associadas que apoiariam o diagnóstico estariam as queixas somáticas, como dores, problemas digestivos e fadiga, além de sintomas que tenham sido experimentados pelo ente falecido (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Vale notar que, segundo o psiquiatra britânico Colin Murray Parkes, autor de inúmeros livros e artigos sobre a questão do luto, alguns dos quais citados na parte introdutória do presente trabalho, parte dos sintomas somáticos experimentados no luto parecem ser uma exageração de respostas fisiológicas comuns aos estados de angústia, como as palpitações. De forma que alguns pacientes poderiam confundir suas palpitações – desencadeadas pelo estresse agudo do luto – com o enfarto desenvolvido pelo ente querido que morreu. Situação bastante diferente daquela em que os pacientes de fato apresentam sintomas muito semelhantes com os apresentados pelo falecido e que em nada se assemelham a respostas de ansiedade. Tais pacientes seriam, dessa maneira, considerados histéricos ou hipocondríacos (PARKES, 1998).

Os problemas de saúde associados ao Transtorno do Luto Complexo Persistente, contudo, poderiam ir além da exageração de sensações somáticas ou de manifestações miméticas da doença que assolou o falecido:

O transtorno do luto complexo persistente está associado a déficits no trabalho e no funcionamento social e a comportamentos prejudiciais à saúde, tais como aumento do uso de tabaco e álcool. Também está associado a aumento acentuado nos riscos de condições médicas graves,

incluindo doença cardíaca, hipertensão, câncer, deficiência imunológica e qualidade de vida reduzida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 792).

Isto é, manifestações intensas de luto e pesar poderiam estar relacionadas com o desenvolvimento de importantes perturbações da saúde física. Perturbações que, vale notar, podem levar o sujeito à morte.

No caso da medicina psicossomática, por sua vez, do mesmo modo vemos o adoecimento físico sendo associado a formas patológicas de luto, em que, amiúde, parece ser o próprio adoecimento o fator que configura o luto como anormal. Nas palavras de Mello Filho,

O luto patológico decorrente de uma morte real também pode se manifestar por um quadro depressivo ou por formas várias de expressão somática, o que, na nossa experiência pessoal é um fato frequente não só no desencadear das chamadas doença psicossomáticas, como também nas demais patologias em geral. [...] Por um lado o luto patológico pode representar um processo de identificação patológica, como por exemplo, o caso de uma paciente por nós assistida que, após a morte da mãe em seguida a uma hemiplegia, também ficou “paralisada”, por concomitantes periartrose e lumbociatalgia. Por outro lado, como dissemos, pode ser o fato desencadeante das mais variadas doenças – conforme as predisposições e situações atuais – que tendem a se perpetuar como forma de punição diante de problemas internos de culpa, não resolvidos. Tal ocorreu com uma mulher cuja mãe faleceu quando estava longe de casa e que passou a ter severíssimas crises de asma que só cessaram com um tratamento combinado clínico e psicoterápico (MELLO FILHO, 2002, p. 42).

De volta à psicanálise freudiana, temos que, se a aproximação entre queixas somáticas e perda objetual é remetida ao campo do patológico, o que marcaria o diferencial entre o transcurso de um luto normal e de sua variante patológica, a melancolia, seriam os mecanismos específicos encontrados nessa última. Uma solução que se sustenta, porém, apenas dentro da diferenciação conceitual realizada em *Luto e melancolia*. Com o avançar da teoria psicanalítica, mostrou-se não existir exclusividade nos mecanismos metapsicológicos da afecção melancólica, sendo que na prática, sobretudo no momento mais agudo de dor, a diferenciação clínica entre os dois processos pode se fazer muito difícil (OGDEN, 2002).

Quanto à natureza do objeto amado, atribui-se à melancolia uma escolha objetual do tipo narcísica, a partir da idealização do objeto com base no que a pessoa é, naquilo que foi ou que gostaria de ser (FREUD, 1996/1915). A ênfase residindo mais naquilo que se ama, ou que o sujeito gostaria de amar em si, do que na alteridade do objeto (CHERIX; COELHO JUNIOR, 2017). Alteridade que, não raro, será estranha e ameaçadora ao sujeito. Tal seria a condição que, na melancolia, explicaria a forte fixação no objeto, mas a baixa resistência de seu investimento, que em caso de ruptura na relação logo retorna ao Eu (FREUD,

2013/1917[1915]). A alternativa a esse tipo de escolha objetal, mais estável, seria a anaclítica, na qual o objeto é escolhido por sua similaridade com os primeiros objetos de amor, cuidadores e protetores do sujeito. Ainda assim, se tal escolha poderia acenar como o protótipo das relações saudáveis, tal como postulou Freud (1996/1914), não existe de fato uma diferenciação rígida entre os dois tipos de escolha objetal. E, mais do que isso, toda forma de amor derivaria da capacidade do Eu em se satisfazer de forma auto-erótica. Isto é, originalmente todo amor seria narcisista e passível da mobilidade entre os investimentos objetais e narcísicos (FREUD, 1996/1915).

Em suas fases mais arcaicas, inclusive, vale notar que o amor poderia assumir formas pouco romantizadas. Em um momento em que as finalidades pulsionais são de incorporação e devoramento – na fase oral – o amor assumiria a forma da abolição de fronteiras entre o Eu e o objeto, podendo aniquilar a existência desse último na medida em que não o reconhece como separado. Também durante a organização sádico-anal da psicosexualidade, o amor tomaria o partido do controle do objeto, ou melhor, da dominação sobre este, mesmo que às custas de sua destruição. Longe de se opor ao ódio, o amor arcaico se confundiria com ele, sendo violento e marcado pela ambivalência. É somente com a organização genital que o amor poderia se tornar o par oposto do ódio, mas sempre à mercê da regressão (FREUD, 1996/1915). Uma regressão que é constitucional na medida em que os objetos amados são tomados como partes do Eu. São posses narcísicas<sup>27</sup>. Para eles não se admite a morte, criando-se a narrativa da continuidade da vida no mais além. Por outro lado, o outro em nós é marcadamente diferente. Sua alteridade é hostil, ferindo a crença narcisista de que ele nos pertence e, por isso, por poder partir, por poder nos furtar

---

<sup>27</sup> Embora em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, Freud (2010/1915) se refira aos objetos amados como posses internas, ele não parece estabelecer aí uma diferenciação entre os conceitos de incorporação e introjeção, ambos propostos por Ferenczi. Assim, ao considerar que determinados investimentos objetais significativos se tornam 'posses' do sujeito, supomos que Freud aproxime sua observação da ideia de introjeção, isto é, do alargamento do Eu pela extensão dos investimentos auto-eróticos no objeto. Dessa forma, não estaria em questão a introjeção do objeto em si, mas a diminuição dos recalcamientos para a introjeção das pulsões e de seus destinos endereçados ao objeto em questão. Não haveria, nesse processo, violência e tampouco se pressuporia, aqui, a ocorrência de uma perda objetal. Em jogo, estaria a extensão do Eu pelos investimentos amorosos, sendo que a identificação nada mais seria do que uma forma narcisista da introjeção (TOROK, 1994/1968). Dessa forma, apesar do termo escolhido por Freud (2010/1915) ter sido 'posse interna', ele parece ter se afastado do conceito de incorporação, compreendido como uma introjeção impossível que, amiúde, pode se dar em situações traumáticas de perda. Diferentemente da introjeção, a incorporação perpetua um prazer clandestino, sustentado pela fantasia de incorporação. Fantasia essa resultante de um poderoso processo de negação da perda, ou de sua importância, que ao contrário da introjeção mantém o objeto congelado no interior do Eu, como uma cripta secreta que, dessa maneira, evita o doloroso processo de elaboração da perda (ABRAHAM; TOROK, 1994/1972). A incorporação assemelha-se à psicose alucinatória do desejo, sendo que ao contrário do que acontece na introjeção, ela aumentaria a dependência do sujeito em relação ao objeto perdido (TOROK, 1994/1968).



das gratificações que proporciona, o outro amado também é por vezes inimigo, para o qual o ódio é direcionado (FREUD, 2010/1915).

Em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, Freud (2010/1915) relembra da atitude especial que usualmente se tem para com aqueles que morrem, para os quais se negligenciam as más ações, exaltando-se as virtudes que possuíam e, mesmo, sacralizando-os. Seria o mesmo movimento descrito em *Totem e Tabu*, no qual o autor supôs existir mecanismos psíquicos capazes de projetar para fora do Eu a hostilidade que se tinha para com o ente falecido. Atitudes que indicariam, em última instância, a intensidade e generalização da ambivalência amorosa, na qual ódio e amor podem se confundir e levar ao fim último da morte do objeto, reservando-se para isso o mandamento bíblico que proíbe o assassinato (FREUD, 2010/1915). Mandamento que denunciaria o assassino em todos os sujeitos, que no íntimo, em alguma medida, obteriam satisfação com a morte do objeto, precisando de barreiras externas – como o mandamento – para que não se realize esse desejo. Realização cujas consequências seriam nefastas para o Eu, uma vez que no caráter narcísico de toda relação objetal, ao apropriar-se do outro como parte de si mesmo, cria-se o cenário em que toda perda objetal é, também, uma perda narcísica, uma perda do próprio Eu.

Nesse sentido, para além de uma diferenciação entre luto e melancolia, Nasio (1997) afirma que ao perder um objeto amado, perde-se também o amor por si mesmo que o objeto permitia sustentar. Em outras palavras, ao perder o ente amado, perde-se o eu ideal que se ligava à pessoa que, agora perdida, deixa de dar consistência à imagem idealizada do sujeito para consigo mesmo. O que significa que, com a perda de qualquer objeto amado, há uma perda que é de ordem inconsciente. Daí que algum grau de rebaixamento na autoestima se torna inevitável, mesmo no processo normal de luto. Ainda que o sujeito não se afogue em autorrecriações, elas podem se fazer presentes em alguma medida, uma vez que a morte para o sujeito é uma ferida narcísica e pode ser sentida como um abandono, como resposta a um amor insuficiente do objeto ou o inverso disso, levantar a ideia da insuficiência do amor do sujeito por aquele que partiu (DUNKER, 2019). As autoacusações diante da perda, portanto, não se caracterizariam como um traço exclusivo da melancolia (NASIO, 1997). O que, diga-se de passagem, já aparece em *Totem e tabu*, obra na qual as autorrecriações de povos primitivos durante o processo de luto não se qualificam como um processo melancólico ou patológico.

Pensando-se agora no processo identificatório como um possível mecanismo exclusivo da melancolia, lembramos que em *O ego e o id*, Freud (1996/1923) afirmou que o processo de identificação que se segue a uma perda não será necessariamente patológico. Antes disso, o autor cogitou que o processo de identificação com o objeto pode ser a

condição para que o Id abandone seus objetos. E isso na medida em que, estando o Eu identificado ao objeto de amor, os investimentos que até então se dirigiam a esse objeto poderiam se deslocar ao Eu, tomando-o como novo objeto de amor do Id. Como se o Eu, modificado pela identificação a um traço do objeto, passasse a funcionar como um substituto para o objeto real. O Id, dessa forma, poderia abrir mão do objeto ao mesmo tempo em que aumenta suas relações com o Eu, que passará a ter mais controle sobre o inconsciente dinâmico. Disso, resulta-se em última instância que a própria constituição do Eu não deixaria de ser o histórico dos objetos abandonados pelo Id. Nas palavras de Freud (2011/1923):

Se um tal objeto sexual deve ou tem de ser abandonado, não é raro sobrevir uma alteração do Eu, que é preciso descrever como estabelecimento do objeto no Eu, como sucede na melancolia; ainda não conhecemos as circunstâncias exatas dessa substituição. Talvez, com essa introjeção que é uma espécie de regressão ao mecanismo da fase oral, o Eu facilite ou permita o abandono do objeto. Talvez essa identificação seja absolutamente a condição sob a qual o eu abandona seus objetos. De todo modo, o processo é muito frequente, sobretudo nas primeiras fases do desenvolvimento, e pode possibilitar a concepção de que o caráter do Eu é um precipitado dos investimentos objetais abandonados (FREUD, 2011/1923, p. 26).

O trabalho de luto, poderia então ser tomado como um mecanismo de subjetivação (CREMASCO, 2020), no qual há aquisição de um novo traço por parte do Eu, cuja história poderia ser contada a partir da dor e do sofrimento de suas perdas.

Nesse sentido, Freud (2011/1923) abordou a resolução do Complexo de Édipo como exemplo de uma identificação não patológica, na qual um traço do objeto – nesse caso, forte o suficiente para se apresentar como uma instância separada do próprio Eu – é o que permitiria que o objeto – o objeto incestuoso – possa ser substituído por objetos externos ao círculo familiar. Um processo que, guardando as devidas proporções, assemelha-se à perda objetual seguida por um processo de elaboração do luto, em que traços do objeto passaram a enriquecer o Eu. Pode-se, mesmo, aproximar a resolução do Complexo de Édipo a um trabalho de luto (CHERIX; COELHO JUNIOR, 2017; MINERBO, 2013), e, mais do que isso, a um trabalho de luto que é fundamental à estruturação psíquica (CREMASCO, 2020). O que, novamente, reafirmaria a concepção do luto enquanto um processo fundamental do aparelho psíquico e integrado às suas outras dinâmicas.

Vale ressaltar que as identificações que poderão ocorrer no trabalho de luto, possibilitando o seu desfecho, parecem se dar com traços sintéticos do objeto (CREMASCO, 2020). Isto é, traços que passaram pelo processo de simbolização e que não se chocam de maneira patológica com os outros precipitados que constituem o Eu. E talvez justamente aqui se localize a diferença entre o luto e a melancolia, se pressupormos existir nessa última a identificação com o objeto em sua totalidade, como uma apropriação

mimética do objeto. Uma identificação que se daria, portanto, frente à perda que acontece diante de uma escassez de investimentos objetais. O objeto perdido, dessa forma, teria um valor ímpar para o sujeito, que não pode abrir mão dele, e, por isso, em nome de salvar a relação objetual, realizaria a identificação arcaica com a concretude do objeto (PINHEIRO, 1995).

Ainda assim, essa é uma hipótese explicativa que se coloca dentro da oposição, proposta por Freud, entre luto e melancolia. O tema se mostra mais complexo, entretanto, quando se considera que o luto estudado por Freud se trata de um modelo de luto. Um modelo, mais especificamente, de luto totemista, ou canibalístico, no qual o objeto amado é morto e ingerido como o totem, para que assim seja absorvido e torne o sujeito mais poderoso. Outros modelos de luto, contudo, poderiam seguir um caminho bastante diverso, eternizando o objeto perdido no seio do Eu, mas sem por isso recair em um sofrimento de caráter melancólico. Estamos falando dos lutos infundáveis, nos quais o sujeito enlutado consegue se reorganizar diante da vida, mesmo que carregando no seu íntimo um lugar secreto e sacralizado, destinado ao objeto perdido, em que a dor da perda pode permanecer atuante e ser cultuada indefinidamente. Ao invés da relação possessivista em relação ao objeto, do qual se extrai o traço que enriquece o Eu no modelo totemista de luto, ter-se-ia aqui a experiência da própria dissolução do Eu, que no limite da despersonalização, mas não da patologia, questionaria a centralidade do Eu no processo de luto. É o que se veria em culturas ameríndias, por exemplo, em que a perda não é seguida da apropriação de um novo traço no Eu, mas de uma ex-propriação, ou mesmo dissolução, do Eu anterior. Não se trataria aqui de uma patologia, mas de um novo modo de existir, sem novas ligações. (CREMASCO, 2020).

Seja como for, interessa perceber que na ausência de mecanismos metapsicológicos exclusivos da melancolia, abre-se espaço para se pensar que a diferenciação entre o luto, e sua forma patológica, é uma questão mais quantitativa do que estrutural (NASIO, 1997). Dificulta-se, assim, a tentativa de aproximar formas de adoecimento físico, ou outras manifestações somáticas que possam estar associadas às perdas, a processos que seriam puramente melancólicos. Da mesma forma que, em paralelo, a tentativa de aproximar somatizações a um único quadro clínico nunca se mostrou certa. Parece valer, antes, a observação de Freud sobre o caso Anna. O., no qual o corpo da paciente, convocado a mimetizar os sintomas da doença que matou seu pai, parece estar presente no próprio sofrimento do luto, podendo fazer parte mesmo do seu processo de elaboração. Um caminho que cogitamos ter estado presente também no curso do adoecimento da Srta. Elizabeth, que, precisando manter uma postura serena para lidar com a fragilidade emocional de sua mãe enlutada, poderia ter feito do agravamento de seus sintomas

históricos incididos no corpo, que amiúde se assemelhavam à doença do pai, uma forma de expressão do seu luto.

Em minha experiência<sup>28</sup> no grupo de apoio emocional a pessoas enlutadas, *Amigos Solidários na Dor do Luto* (ASDL), que por meio de encontros semanais acolhe pessoas independentemente da natureza da sua perda sofrida, o corpo muitas vezes apareceu como parte integrante da experiência pessoal de luto. Convidados a relatar a história do seu luto, muitos dos participantes falavam também sobre seus corpos, adoecidos, cansados, emagrecidos, apresentando respostas disfuncionais e, em outros casos, exigindo o esforço de longas horas de atividade física ininterruptas. Em um dos encontros, destacou-se uma mulher de meia idade que, lidando com o luto pela mãe que morrera de linfoma, desafiava o saber médico com a irrupção de vários caroços pelo corpo, similares aos da mãe, e até então sem uma explicação biológica. Em outro encontro, viu-se a figura de um pai que, com extrema dificuldade de comunicação, contou ter perdido a voz desde que soubera da morte de sua filha com alguns meses de atraso, precisando passar por fisioterapia para recuperar a capacidade de fala. Outro pai enlutado, ainda, queixava-se de vomitar todos as noites desde o momento da perda do filho amado.

De modo a ilustrar o que Parkes (1998) comentou, a respeito de que alguns sintomas corporais, seguidos a uma perda, configurariam exagerações de sintomas de angústia, cabe relatar uma das participantes do grupo, segundo a qual seu peito parecia na iminência de explodir. Em outro caso, a participante, em uma entrevista ao grupo de pesquisa parceiro do ASDL, que levou em 2015 à produção do livro *Mães em luto: A dor e suas repercussões existenciais e psicanalíticas*, foi convidada a narrar livremente sobre sua experiência de luto, relatando na ocasião que a vivência de sua perda se transmitia pela dor física que a assolava e que parecia pressionar seu coração. Uma reação que literalmente se casa com a expressão *coração partido*, já existente em tempos bíblicos e que desde aquela época parece firmar no imaginário social a ideia de que a tristeza de um luto profundo poderia matar (PARKES, 1998). A seu turno, uma hipótese metapsicológica sugeriria que o trabalho de luto, ao desviar os investimentos e interesses do sujeito do mundo externo para si mesmo, faz com que as sensações ordinárias do corpo sejam amplificadas. Sensações que, dessa forma, poderiam ter uma natureza hipocondríaca, tal como acontece nos sonhos, retiro narcísico no qual as modificações corporais ganham notória evidência (FERNANDES, 2001).

De todo modo, como exemplo de dois casos em que o adoecimento físico exerceria importantes e diferentes papéis no processo de luto, cabe citar as histórias de duas mães

---

<sup>28</sup> Acompanhei o grupo em regime quinzenal por mais de um ano e meio, experiência que foi interrompida no começo do ano de 2020 por conta da Pandemia do SARS-COV-2.

enlutadas, S.M. e S. Ambas, frequentadoras do ASDL na época da realização das entrevistas de pesquisa que levariam a redação do livro *Mães em luto: a dor e suas repercussões existenciais e psicanalíticas* (2015).

No primeiro caso, conhecemos a história de S. M., uma mulher então na faixa dos sessenta anos de idade. Falante, a entrevistada concedeu duas entrevistas às pesquisadoras que na época conduziam o estudo. Em ambas, contou seu percurso como uma mulher que, tendo uma vida confortável financeiramente, era alegre e nutria uma relação muito carinhosa para com os filhos, sobretudo o caçula, que contava com 17 anos de idade. Em virtude da boa situação financeira, contudo, sua família teria começado a receber ameaças de sequestro, até o dia em que, as mesmas pessoas que faziam as ameaças, abordaram o seu filho mais novo e o assassinaram. A partir daquele momento, S. M. teria experimentado a desorganização do luto, da qual narrou seu desajuste frente às expectativas sociais durante um período de pelo menos um ano. Discreta sobre a questão, citou seu adoecimento físico – o desenvolvimento de um câncer de mama – como um evento que tomou lugar naquele espaço de tempo, mas sem se aprofundar sobre isso. Foi apenas na segunda entrevista que, detendo-se sobre o seu adoecimento, relatou a associação direta que fez entre o câncer e a raiva extrema que sentia em virtude da morte do filho. Uma raiva que, dirigida até mesmo aos outros filhos sobreviventes, causava-lhe uma alteração direta – e literal – do paladar, fazendo-a sentir o gosto de sangue na boca e a necessidade premente de uma vingança que lhe parecia corrosiva.

O câncer, que sobreveio sobre S. M., mutilou seu corpo, fez cair seu cabelo e suas unhas e deformou sua silhueta de uma forma que ela já não podia mais se reconhecer como a mesma mulher, sendo agora o “monstrinho” gordo, mutilado e dependente de um marido do qual descobrira a infidelidade. Se estava ocupada pelo ódio gerado pela morte do filho querido, contudo, o adoecimento físico que se levantou colocou-a diante de uma questão muito mais urgente. Colocou-a diante da possibilidade da própria morte, para a qual sentia estar se entregando, e a forçou a tomar uma posição. S. M. escolheu a vida. Lutou contra seu câncer, lutou para recuperar a imagem que reconhecia no espelho e optou por colocar um fim na relação que tinha com o marido. Sem nunca deixar de sofrer pela morte do filho, ainda assim passou da dependência para a independência. Pôde buscar justiça com a prisão dos responsáveis pelo assassinato e hoje encontraria prazer em novas relações e atividades, inclusive com a participação no grupo ASDL. Seu adoecimento, assim, forçou-a a se dedicar a si mesma, conferindo-lhe um álibi que justificava o afastamento do luto pelo filho. Além disso, o seu adoecimento também pareceu funcionar como balizador do extremo de sua reação mortífera, a partir da qual, no encontro com a morte, pôde optar por outro caminho. É verdade que, em sua entrevista, relatou que o câncer foi uma luta solitária que

sobrepuxou o seu trabalho de luto. Mas talvez, justamente, porque sua luta contra o câncer permitiu que se afastasse da dedicação exclusiva às memórias e à vingança pelo filho.

No caso de S., por sua vez, é o adoecimento físico que se sobressaiu no todo do seu discurso. Convidada a falar sobre o seu processo de luto, iniciou contando sobre ter descoberto um câncer em estágio muito avançado, que lhe proporcionava terríveis dores abdominais, apenas alguns dias antes do assassinato do seu filho mais velho. A partir de então, os nove meses seguintes se passariam em cima de uma cama em um quarto escuro, com as exceções se dando apenas para realizar as consultas médicas, que atestavam o crescimento progressivo do câncer, e para a realização de uma cirurgia. Cirurgia na qual fora enganada pelos médicos, que estimaram para ela o tempo máximo de três meses de vida, visto que o tumor já estava enraizado por órgãos vitais, não tendo sido possível a sua remoção. Com o passar do tempo, as visitas ao hospital aumentaram, na medida em que precisou fazer uso de morfina para controlar as dores insuportáveis que se davam em um corpo, que embora parado ao longo do tempo, estava 30 quilos mais magro. S. sequer conseguia ir ao banheiro sem auxílio, acreditando-se ser aquela a fase final da doença que provocaria sua morte.

Um dia, entretanto, S. começou a sentir vontade de tomar água. Em outro, sorvete. E assim, ainda muito debilitada, em uma das consultas de rotina, descobriu o impossível. Descobriu que o seu tumor desaparecera. O mesmo tumor enraizado, cujo crescimento expressivo era confirmado sucessivamente por novos exames de imagem, simplesmente sumira, ainda que os sintomas físicos de S. permanecessem presentes. Nove meses após a morte do filho – o tempo de uma gestação, é curioso notar – S. se viu confrontada com o fato de que suas dores já não tinham uma justificativa biológica. Seu corpo respondia a estímulos desconhecidos, e assim permaneceu por um tempo. Mas, dentro de uma outra relação. S. pôde se sentir forte novamente para, na mesma semana da assombrosa descoberta, encaminhar-se para a delegacia, a fim de se inteirar da investigação policial do assassinato do seu filho.

Parece ter existido aí, portanto, uma ruptura, um ato empreendido por S. que realizou um corte não apenas na sua relação com seu próprio corpo que doía, mas também na relação com a sua dor do luto, que agora não precisava mais ser expressa somente pela vivência do adoecimento, podendo ser compartilhada por meio da palavra em uma reunião do ASDL, longe do seu leito de morte. Nesse sentido, concordamos que, se é fato que seu adoecimento físico é anterior ao seu processo de luto, a dor de seu luto parecia se confundir com as dores do câncer, escorando-se nelas e também ultrapassando-as, quando mostrou sua insistência em se incidir sobre um corpo que já estava sadio.

Longe de esgotar as possibilidades, ressaltamos que as vinhetas aqui trazidas buscaram apenas ilustrar nossa aposta, de que o adoecimento físico se integra de formas particulares nas vivências de luto, podendo se constituir, mesmo, como parte desse processo. Tendemos a pensar, conseqüentemente, que mais do que um processo patológico per se, o adoecimento físico pode se mostrar como parte do processo de luto, transpassando estruturas clínicas, ainda que cada uma delas possa se utilizar do corpo – do corpo adoecido, do corpo que dói e chama a atenção para si – de uma forma diferente. E isso em uma proporção que – nem sempre reconhecida porque abarca fenômenos de diferentes gravidades – pode ser muito mais comum do que se espera. Basta lembrar que parece existir um aumento significativo na procura de serviços médicos após a ocorrência de uma perda significativa na vida, indicando que o luto também se expressa por meio da queixa somática, buscando se fazer ouvir por meio do corpo. Mas isso, é certo, pode ser verificável apenas em países que proporcionam assistência médica gratuita para a população (PARKES, 1998).

Chegamos então em tempo de investigar, com mais profundidade, o papel idiossincrático que o adoecimento físico pode desempenhar na economia psíquica de um caso particular. Apresentaremos a seguir o caso de Irene.

## **CAPÍTULO IV: O CASO CLÍNICO IRENE**



#### 4.1 O CASO IRENE

Por que Irene? Por que Irene e não outra pessoa, entre tantos casos de luto que se inscrevem semanalmente para receber atendimentos psicoterapêuticos nas clínicas-escolas?

Essa é uma pergunta válida. Ainda mais se considerarmos a metodologia aqui adotada, que toma o caso clínico não para exemplificar a teoria, mas para construí-la. Que toma o caso clínico para apontar para um novo saber que se constitui na singularidade de cada experiência clínica. Nesse sentido, o que o caso de Irene poderia nos ensinar?

Confesso que, a princípio, não cogitava empreender a construção de seu caso. A verdade é que, no contexto de suas sessões psicoterapêuticas, Irene parecia pouco revelar, atendo-se ferrenhamente, durante as nossas sessões, à sua programação semanal, bagunça pelo processo de luto que, todavia, parecia transcorrer por um caminho normal, isto é, não melancólico. Ora, nada mais esperado que após uma perda significativa a pessoa tenha sua rotina atrapalhada, consequência do processo de elaboração que Freud já insistia em ser longo e penoso. Em Irene, porém, seu relato se mostrava, na maior parte do tempo, mais como uma descrição de tarefas do que com o processo de revisitar as memórias que envolviam seu falecido marido. Em sua fala calma, de expressões contidas, sempre algo parecia faltar, como se Irene nunca pudesse me contar em profundidade o percurso de sua história ou de seu casamento, apenas apresentar fotografias muito selecionadas. E justamente daí, na insistência da superficialidade do seu discurso, é que se revelou uma hipótese metapsicológica que vale ser compartilhada. Uma hipótese sobre o que Irene se esforçou para manter em segredo no seu processo de luto, ao mesmo tempo em que dava a ver na *cara*.

Podemos iniciar, dessa forma, contando que Irene, uma mulher muito articulada de aproximadamente setenta anos, chegou até mim por intermédio de um grupo de apoio emocional a pessoas enlutadas. Ela seguia, portanto, uma recomendação que lhe fora dada no grupo, sem apresentar de fato uma demanda de saber sobre si. Ao invés disso, Irene demonstrava esperar do atendimento psicológico individual a dissolução de sua dor pela perda do marido, ocorrida então há quatro meses.

Dessa forma, com lágrimas nos olhos, Irene afirmou no nosso primeiro encontro que buscou os atendimentos porque ainda não conseguia falar sobre a morte do companheiro. Sua dificuldade em tocar no assunto, inclusive, a teria feito abandonar o grupo que a conduziu até mim, em que não apenas era convidada a relatar a sua perda, mas também a ouvir outros relatos que lhe causavam mais tristeza e nenhum consolo. Ainda assim, ao ser convidada a falar sobre si (ao invés da morte do marido), quase de imediato contou-me que

foi casada com Paulo por 46 anos e passou a me descrever o processo da morte dele. Desde o primeiro sintoma que fez Paulo procurar um médico, até o dia em que, alguns meses depois, passou mal e foi internado no hospital do qual nunca retornaria. Começariam desse modo os nossos encontros, pautados na dor de Irene pela perda do marido. Dor que ela me comunicava corporalmente no início de cada sessão: se abria as portas que conduziam até a sala de atendimento, relataria que teve uma boa semana, sendo que o contrário, quando esperava que eu abrisse as portas para ela, se mostraria fragilizada, contando-me sobre uma semana que fora difícil de enfrentar.

O curioso em seu discurso, por sua vez, revelar-se-ia na forma da paciente falar sobre Paulo. Uma forma muito específica, em que Paulo é descrito apenas nos termos das atividades que os dois faziam juntos. Irene me conta sobre como se dava excepcionalmente bem com o marido, sobre como tinham gostos parecidos e sobre como os dois estavam sempre saindo de casa. Seja para ir ao cinema, ao teatro, a viagens de que tanto gostavam, a caminhadas pelas ruas ou, mesmo, para almoçar. É assim que sou ‘apresentada’ ao seu falecido marido, um homem que parecia estar sempre a mantendo ocupada e distante de casa. Como se a paciente só pudesse me apresentar o marido que, juntamente com ela, está fora; Irene não me permite vislumbrar o Paulo que existia dentro de casa. Ao ponto de cogitarmos não ser a morte do marido o assunto que é difícil de ser verbalizado pela paciente; são os aspectos da subjetividade de Paulo aquilo no qual a paciente não consegue tocar.

Arraigada à atitude de descrever as ações do marido, Irene me fala sobre como ele a apoiou em suas outras perdas: a morte de dois irmãos, que morreram jovens em acidentes automobilísticos, entre 30 e 40 anos, e a morte dos pais. Em especial, a paciente me contou sobre a morte da mãe, na qual ela teve um importante papel acerca dos cuidados que a mãe adoecida necessitava. Deteve-se, contudo, no fato de após o falecimento da mãe, Paulo teria a levado para uma maravilhosa viagem, na qual pôde assistir ao show do seu cantor favorito. Em outras palavras, escuto Irene me falando sobre esse marido que se esforçava em preencher seus vazios, para que ela mesma, distraída, não precisasse entrar em contato com o seu sofrimento ou ter espaço para externalizá-lo.

Não à toa, sem a companhia daquele que a ajudava a se esquivar da dor, Irene se queixava de grande dificuldade em enfrentar o luto. Não deixando, por isso, de replicar o mesmo movimento de evitação da dor empreendido pelo marido. Longe de se maltratar pela perda, testemunhamos Irene preenchendo sua semana com muitas atividades (ainda que muitas vezes executadas automaticamente), como a matrícula em novos cursos e os encontros que fazia com quem estivesse disponível. Amigos, parentes e filhos. Irene se mostrava ansiosa por companhia, pegando-se, não raras vezes, a postergar o momento de

entrar em seu apartamento ‘vazio’, onde ‘ainda’ caía no choro. Um choro que a paciente desejava que cessasse o quanto antes e que vinha forte principalmente ao acordar, quando percebia a inegável ausência de Paulo na cama. Se sua queixa inicial era a de não conseguir falar sobre a morte de Paulo, a verdade é que Irene não queria ter espaço para falar ou chorar pelo marido. Questionava-me, consequentemente, se estaria tomando as medidas corretas em seu processo de luto para que a dor pudesse se esvanecer o mais rápido possível. Se eu insistia e questionava o que acontecia quando ela se entregava à dor, a resposta é que dormia; uma defesa aparentemente primária frente a essa dor a qual Irene não parecia ter qualquer apego, como frequentemente se observa em pessoas que passaram por perdas significativas e que veem no sofrimento uma forma de tributo ao morto. Até mesmo em relação à dor física a paciente parecia ter esse comportamento de evitar a dor de qualquer forma: relatou-me ter uma certa aversão a agulhas, sendo que nas fortes crises de infecção na garganta, que teve ao longo de sua vida, sempre preferiu a medicação lenta e amarga à injeção dolorosa.

Assim, experimentando sua dor em doses homeopáticas, Irene vai gradualmente recuperando o prazer em suas atividades. Se antes relatava a perda do sentido da vida, passa a acreditar que o sentido deveria existir, sendo uma questão tempo voltar a enxergá-lo. Quando um dos seus cursos finalmente termina, ela viaja para encontrar parentes, estendendo sua estadia ali de um mês para dois. Um pouco adoentada no retorno – e a imunidade da paciente sempre baixa assim que ela cogita voltar para casa – relata ter sido aquele um período muito bom, e não precisa dizer com palavras que desejava continuar lá: uma das malas permanece intocada, pronta para a próxima viagem. Não espantando, portanto, sua reação de pegar a mala pronta e partir, tão logo se viu novamente diante da dor suscitada pelo reencontro com a casa vazia – a casa inóspita –, como se o contato mais intenso com a dor significasse a anulação do seu percurso de elaboração.

Irene regressa para a casa dos parentes. Ou assim me informa, haja vista que no retorno, novamente doente, conta-me sobre as maravilhas de sua viagem; descubro que na maior parte desse tempo a paciente estava em uma viagem internacional e, quando questionada sobre o porquê da mentira, defendeu-se afirmando que decidiu visitar o exterior assim que chegou na casa dos parentes e, portanto, tecnicamente, teria sido sincera ao avisar que fora para lá. Algo que leio como um vestígio de culpa, visto se tratar de uma pessoa com condições financeiras para bancar uma viagem cara, mas utilizar um serviço de atendimento psicoterapêutico gratuito. Uma interpretação que, porém, não parece esgotar o ocorrido, que pela repetição nos comunicaria o papel do segredo na vida de Irene; dos planos que ela não conta para sempre manter o controle, discreto e silencioso, sobre a sua vida.

De qualquer forma, ficaram as palavras da paciente, que nomeou essas viagens como uma “fuga”, contando-me saber que um dia precisará “enfrentar” sua dor. Uma dor que, no entanto, não parece deixar de ser enfrentada por essas ‘fugas’, que permitem que Irene experimente a sua dor da perda em pequenas doses. Experimenta o amargor do remédio, que precisa ser digerido lentamente no tempo, para não ter que experimentar o abrupto da dor aguda da injeção.

Tudo isso, Irene faz à sua maneira doce. Adorada por todos ao seu redor, é conhecida por ser calma – ainda que não se considere enquanto tal – e, mais do que isso, como pacificadora. Uma palavra que desde que pronunciei foi adotada pela paciente, que parece cheia de orgulho ao se descrever dessa maneira. Mas, o que escuto, não é tanto a pacifista, mas a mulher que busca sempre se evadir de conflitos. E a maior dessas demonstrações parece se mostrar na relação que Irene estabeleceu com o hospital em que o marido morreu: a princípio, Irene atribuía a responsabilidade pela morte do marido a essa instituição que, para ela, formada na área da saúde, teria dispensado um tratamento desmedido a Paulo. A esses procedimentos do Hospital, Irene consentiu calada, sem tentar impor sua vontade ou conhecimentos técnicos. Uma atitude passiva que, posteriormente, se associará a um sentimento de culpa, no qual pensava que se tivesse agido de forma diferente, então o desfecho da história poderia ter sido outro. Por semanas, alegava evitar as proximidades do hospital, lugares que associou ao desencadeamento de suas “crises de ansiedade”, nas quais sentia o coração palpitando e uma vontade desesperada de gritar. Contra tal incômodo, chegou a aceitar a medicação psicotrópica prescrita por seu médico. Incapaz, porém, de sustentar a hostilidade mesmo em relação à instituição em que o marido morreu, contou-me que tem buscado pensar no hospital de outra forma, não como o lugar que abreviou a vida do marido, mas como o lugar que estendera essa vida por muitos anos, visto ter sido ali que Paulo realizara um procedimento médico que prolongara a sua vida.

Começa a se delinear, assim, a apresentação de um Ideal de eu que não admite qualquer forma de hostilidade e agressividade direcionada ao exterior. O que Irene pode me trazer de sua relação com Paulo - ou com qualquer outra pessoa – é a apresentação de uma relação sem máculas. Ela não manifesta nenhum desagrado, mesmo quando questionada sobre os empecilhos que a saúde frágil do marido, eventualmente, ocasionava. Comento que por sua descrição, acerca do fato do marido ser quem parecia administra a vida dos dois, que ele parecia ser controlador. “Não”, é a sua resposta. Conta-me que é desorganizada, ao que questiono sobre como era Paulo, descrito então como de uma organização sistemática. Havia, dessa forma, conflitos por causa disso? Novamente, a resposta é “não”. Ao relatar sobre os pássaros que o marido criava, contudo, fala fortuitamente sobre como “fora do cativeiro o passarinho morre”.

Não à toa, Irene é considerada como agradável por tanta gente, possuindo inúmeros amigos de longa data – sejam vizinhos, parentes, colegas de trabalho, colegas do tempo da faculdade, membros da igreja que frequenta. Evita chorar na frente da filha – não quer lhe causar mais tristeza pela perda do pai. Sua fala é agradável e me conta em uma sessão remota<sup>29</sup> sobre como, em uma semana, dedicou-se à “maratona” da gratidão” (uma série de *lives* divulgadas sobre o assunto). Quando questionada se nessa maratona se abordou a questão dos sentimentos hostis, normais e, como eu completava, presentes no processo de luto, Irene se levantou, deixando-me falar sozinha. Quando apontado tal comportamento, ela pediu desculpas e se justificou, alegando ter sido um ato automático: fora buscar o carregador do celular. Assegurou-me que de forma alguma se sentia incomodada em falar sobre a agressividade, mas, parecendo finalmente irritada, conta-me que na verdade teria sido justamente isso que a levava a procurar os atendimentos, pois com a morte do marido estava sentindo muita raiva (como quando via um casal na rua, por exemplo). Algo que ela considerava errado para todos os efeitos e não podia se permitir experimentar. Alegando ter superado essa raiva – o que em parte atribui as sessões psicoterapêuticas – não escapa porém que, diante da aproximação do assunto, ela se afasta ativamente. Nas nossas sessões, há o esforço em se manter no terreno seguro da descrição das atividades a que se dedica.

Irene, conforme se argumentou, parece seguir o curso de um processo de luto normal, sem autorrecreimações melancólicas e com a diminuição gradual da tristeza mais aguda da perda. Religiosa, sua descrença inicial para com Deus vai aos poucos cedendo, e ela vai retomando seus rituais sagrados. Cada vez mais nossas conversas se afastam da temática da perda, da culpa e de Paulo. Suas sessões permanecem na superficialidade, dando-me a sensação de que pouco sei sobre ela, sobre sua verdadeira relação com Paulo, sobre o relacionamento com os filhos ou mesmo com esses parentes e amigos tão numerosos, que permanecem todos sem rostos e nomes. Aproximar-se de sua intimidade não é fácil e só por meio do questionamento insistente que Irene pode se deter sobre a questão da sua saúde física.

A paciente relata, então, ter desenvolvido um hipotireoidismo ainda jovem, quando estava na faixa dos 30 anos, logo depois do falecimento de sua irmã, marcando o período em que ela parou definitivamente de menstruar. Atribuiu a tal fato uma queda da imunidade ocasionada pela situação estressante da perda, do mesmo modo como desenvolvera a psoríase e a rosácea após a morte de Paulo. A paciente estende

---

<sup>29</sup> Devido à quarentena decorrente da pandemia do SARS-COV-2, optou-se por dar sequência ao processo terapêutico de Irene, iniciado presencialmente quase um ano antes, de forma remota, proposta que foi bem recebida pela paciente.

discretamente a palma da mão em minha direção e, fazendo um movimento de semicírculo com a outra, fala-me sobre como as doenças são crônicas e sobre como incluiu seus tratamentos no *rol* de suas atividades diárias, sem quaisquer aborrecimentos.

Assim, espanta-me que Irene - que se considera uma mulher vaidosa - não pareça achar ruim as lesões na pele que, mesmo discretas, aparecem também no rosto. Expresso minha estranheza, mas o que se vê é Irene, à sua maneira delicada, e até bem-humorada, brincar, dizendo-me que só teria motivos para reclamar se suas doenças de pele aparecessem nas costas: “Como eu faria para passar as pomadas lá?!”. Não há uma implicação subjetiva em seu relato e tais doenças são endereçadas ao cuidado médico, cujos diagnósticos, ela sempre faz questão de repetir, apontam para o incurável dessas manifestações, com as quais ela sempre terá que conviver.

#### 4.1.1 Destino da perda e papel do adoecimento na economia psíquica

A elaboração do processo de luto se relaciona com o modo próprio de ser e de amar da pessoa enlutada, da natureza e da relação que mantinha com quem perdeu e, além disso, com suas vivências anteriores (FREITAS, 2000). Vivências que também são importantes para compreendermos o que se repete em transferência, esse mecanismo intrínseco à condição dos seres falantes, que em situação de análise tendem a transferir em ato, para a figura do analista, as suas tendências pulsionais não elaboradas (SANTOS, 1994). A transferência, dessa forma, antecipa ao analista parte do universo relacional da pessoa (MEIRELLES, 2012) e, se é verdade que funciona como uma resistência ao próprio tratamento, por outro se mostra como a via privilegiada de acesso aos conteúdos inconscientes do paciente.

Por isso, se o nosso objetivo aqui é compreender o papel econômico dos adoecimentos de Irene, essa compreensão se dá pela via transferencial. Caminho que nos permite escutar não apenas o que aparece na relação estabelecida com a paciente, mas também o que não aparece. Sobretudo no caso de Irene, em que a via da transferência aponta para o quê se mantém em silêncio. E é assim, não do que a paciente diz, mas de suas entrelinhas, que vamos juntando as pequenas peças, tão dificilmente obtidas de Irene – que pouquíssimo revela sobre seu mundo interno e sobre suas relações pessoais –, que nos permite observar certo padrão entre a ocorrência de uma perda significativa e o desenvolvimento de um adoecimento físico. Primeiro quanto à morte da irmã, seguida do desenvolvimento do hipotireoidismo, e em um segundo momento, com a morte do marido, a partir da qual desenvolveu a rosácea e a psoríase. Hipotireoidismo, rosácea e psoríase, três doenças crônicas, de etiologia multifatorial (nas quais se acredita que o estresse emocional

possa ser um dos gatilhos para o início dos sintomas), patogênese incerta e, conforme Irene frisa, desprovidas de cura (CARNEIRO, 2007; FULLER; MARTIN, 2012; MESQUITA, 2013; SGARBI; MACIEL, 2009).

Dessa forma, há 35 anos, desde a morte da irmã – de quem nunca me foi mencionado o nome – Irene estaria se tratando de um hipotireoidismo que marcou o fim dos seus ciclos menstruais. Mas, sobre isso, nenhuma implicação. Embora a paciente relacione nitidamente os eventos, luto pela irmã e o adoecimento, sobre esse último nada fala, exceto quando por insistência minha questiono sobre o tratamento, o acompanhamento médico e possíveis implicações de ordem emocional que a doença teria em sua vida. As respostas que obtenho, porém, são apenas descritivas: toma a medicação corretamente, faz acompanhamento com um endocrinologista regularmente e, quanto à menopausa precoce, em nada teria interferido em sua autoestima ou em sua vida sexual bastante ativa. Seu discurso é calmo, preciso, conclusivo; há pouco espaço para a dúvida e o questionamento.

Quanto às duas outras doenças, a rosácea e a psoríase, ambas doenças de pele que também acabam exigindo cuidados diários – a aplicação de medicamentos tópicos nas áreas afetadas –, vemos o mesmo posicionamento da paciente. É Irene quem faz a relação entre o desenvolvimento dessas doenças com o que chama de “estresse” pela morte do marido. Tal qual, aliás, também teria ocorrido com a irmã, que logo após o acidente sofrido ficara por uma semana na unidade de tratamento intensivo de um hospital, necessitando de cuidados nos quais Irene teria tomado parte. Do estresse dessas situações teria ocorrido, para a paciente, uma diminuição em sua “imunidade”, que levou à eclosão das doenças. Doenças cujas manifestações são discretas, mas que por estarem na pele são visíveis. E, mais do que isso, que por estarem na pele de uma mulher que se considera vaidosa, causam estranhamento frente a sua postura resignada, que não demonstra se importar com as marcas no seu rosto e em sua mão.

O que vemos, portanto, é Irene arraigada a um discurso médico-racional que, em parte, legitima a relação entre o aparecimento de suas doenças orgânicas às suas perdas pessoais<sup>30</sup>, mas que por outro lado, reduz esse aparecimento a um complexo de substâncias químicas corporais sobre as quais ela não teria nenhum controle. Justamente por isso, talvez, a escolha da primeira leitura na qual conseguiu se concentrar desde a morte do marido: um tratado médico sobre imunologia. Lembramos, então, Ávila (2016), quando este afirmou que os ganhos secundários das doenças orgânicas podem residir em sua consideração como entidades nosológicas objetivas, afastando assim, do seu portador, a

---

<sup>30</sup> Isso na medida em que se atribui o estresse psicológico/emocional como um dos possíveis gatilhos para o desenvolvimento dessas doenças de etiologia multifatorial (em que participariam fatores de ordem genética e ambiental).

dimensão de responsabilidade sobre o seu processo de adoecimento. Ao se manter presa ao discurso médico, à verdade biológica do seu adoecer, há uma dificuldade em Irene em subjetivar seu sofrimento. Há um distanciamento em relação à doença, como se essa fosse uma repetição que impossibilita o recordar e o elaborar dos conflitos psíquicos (FIGUEIREDO, 2016). Presa ao discurso médico, Irene se esquivava do questionamento sobre o lugar que ocupa frente a si mesma, questão que é justamente levantada pela clínica psicanalítica (TEIXEIRA, 2006).

Nesse sentido, é interessante perceber que diferentemente do que tende a acontecer com os pacientes ditos psicossomáticos – não raros encaminhados a psicólogos por seus médicos – que no momento do encontro terapêutico tendem a esgotar seu discurso nos dados concretos de seus adoecimentos (SANTOS FILHO, 2010; TEIXEIRA, 2006; VOLICH, 2016), Irene não levanta por conta própria o assunto pertinente a sua saúde física. Esta não é uma questão para ela, na medida em que a procura que fez por atendimento psicoterapêutico se remete a uma única questão, o sofrimento pela perda do marido. Residindo aí o único tópico no qual Irene se permite expressar algum sofrimento. Ainda que faça isso, é verdade, como se a dor do luto fosse em si uma doença que precisasse ser contida. A terapia é buscada como aquilo que lhe proporcionaria uma orientação concreta, como aquilo que oferecerá a resposta técnica sobre como manejar o luto, sobre como proceder para que a dor se esvaia o mais rápido possível. Frequentemente, questiona-me, como uma aluna aflita, sobre se estaria lidando apropriadamente com o seu trabalho de luto e sobre quando finalmente cessará de chorar. Se sua postura não é tanto a de uma cobrança, parece ir além do pedido de uma orientação, como se a paciente esperasse receber, também, a aprovação pela sua conduta. Vale dizer, além disso, que seu apreço – talvez obsessivo – pela técnica, isto é, por um conhecimento que oferece práticas padronizadas e que, portanto, circunscrevem um determinado comportamento, será percebido durante todo o seu atendimento.

Percebemos em Irene, dessa forma, o ímpeto de se afastar do seu sofrimento como se esse fosse errado, o problema a ser consertado e não a reação normal à sua experiência de perda. Longe da postura apontada por Nasio (1997), de que muitas vezes os enlutados fazem questão de suportar a dor implacável da perda, vendo nela uma homenagem e uma prova de amor ao ente querido, Irene quer que sua dor se esvaneça o mais rápido possível. Permite-se experimentá-la apenas em doses pequenas, lançando mão de qualquer coisa que a distraia quando a dor vem forte. Como se me dissesse da sua sensibilidade à dor, preferindo a ação lenta do remédio à injeção dolorosa que talvez deixasse seus músculos estagnados por certo tempo. Tal qual optava frente às intensas infecções na garganta que enfrentou ao longo da vida, nas quais não poderei deixar de ler a expressão de algo que não



pôde ser dito, entalado na garganta, mas que também fala da sua necessidade de digerir o mal-estar lentamente, à revelia de uma solução eficaz, contudo mais dolorosa. Na grande parte das sessões, inclusive, o que a paciente é capaz de me relatar são as atividades as quais se dedica e nas quais gradualmente vai recuperando o interesse e o prazer. Atividades que, amiúde, parecem demonstrar o movimento da sua pulsão de vida, mas que também parecem funcionar, em alguma medida, como o desvio das atenções outrora captadas em direção ao trabalho de luto.

No contexto das sessões psicoterapêuticas, aliás, chama muito a atenção a insistência na narração das atividades cotidianas, que parecem, também, uma forma de Irene barrar o meu acesso a sua vida interna. A descrição de suas atividades e dos encontros sempre muito amistosos com as pessoas queridas, parece muitas vezes como uma forma – obsessiva talvez – de controlar as sessões, estabelecendo um campo seguro no qual não são acessadas as suas angústias, mesmo de castração. A dor do luto é tomada como a única forma de sofrimento que Irene pode legitimar no cenário de sua vida, que de outro modo, tenta fazer crer perfeita. Se insisto e questiono à Irene se ela se permite entregar-se ao choro e às lembranças, a resposta é negativa, sendo que durante a noite, no encontro com a cama vazia, busca driblar o choro com a recitação de preces e mantras, acabando por adormecer. E então pensamos ser esta uma forma de isolacionismo extremo, forma de defesa primária do Eu em que o alívio da angústia suscitada pelo ambiente externo se dá pelo recolhimento narcísico. Tal qual o bebê que adormece frente à estimulação excessiva do ambiente externo (MCWILLIAMS, 2011). Uma vez impossibilitada de encontrar um desvio para o seu sofrimento nas atividades as quais costuma se dedicar durante o dia, quando confrontada concreta e diretamente com a dor da perda, a paciente entrega-se ao sono, desviando-se dos estímulos externos que a remetem ao marido e, assim, parece de fato nos falar da sua fragilidade frente a esse sofrimento, que só pode ser experimentado em formas muito graduais.

Logo, não espanta que ao longo dos atendimentos de Irene se deem várias interrupções; ela realiza inúmeras viagens para a casa de parentes e mesmo uma viagem internacional para a qual disse ter se decidido às pressas, mas para a qual deixara a mala pronta. Ao retornar a sua casa, de onde sempre necessita se afastar, diz-me saber que não poderá “fugir” para sempre de sua dor, e me diz isso ainda em recuperação da tosse que lhe ataca sempre que precisa retornar de viagem (evidenciando aí mais um padrão do que uma coincidência). Se não podemos afirmar que Irene de fato fuja da dor – que certamente a acompanha – pode-se pensar que no mínimo ela busque se afastar o quanto possível desse sentimento. Ao ponto de ter concordado tão facilmente, sem ponderações, com a medicação antiosfítica que lhe foi oferecida por sua dermatologista, quando procurada para tratar a

lesão psoriásica. Não surpreende, também, que a paciente nunca tenha retornado ao grupo de apoio emocional a pessoa enlutadas, afirmando que os relatos de sofrimento das outras pessoas não a confortavam, entristecendo-a ainda mais; optou, em contrapartida, a se arraigar ao discurso infinitamente mais animador de suas amigas viúvas, sobre ser o tempo o melhor ‘remédio’ para aliviar a tristeza que, para todos os efeitos, encontraria alívio.

A todo instante, a questão do controle parece se fazer presente com a paciente. Se no momento de sua maior fragilidade Irene sente a necessidade de falar, e as palavras parecem escapar de sua boca, é interessante atentar para o fato de que, quando apaziguada a sua fragilização ocasionada pelo luto, ela já não necessita que se abrisse a porta para ela, assumindo o controle da sessão, na qual se distancia da temática da perda. Com o passar do tempo, e a percepção que a paciente está recuperando sua qualidade de vida, tem-se como resultado contratransferencial um certo incômodo. A sensação de que, para além de alguns recortes apresentados pela paciente nas sessões, mais de um ano após o início de seus atendimentos, pouco sei sobre ela. Questiono-me sobre o porquê de seus retornos, quando o que ela parece demonstrar é que não precisa dos atendimentos. Irene afirma que gosta de falar comigo e, se sabemos que não consegue me contar tudo, parece se implicar com menos ainda. Questiono-me, também, sobre os limites e possibilidade destes atendimentos, que não baseados em uma demanda de saber sobre si, parecem se sustentar em outro lugar.

Como uma nota, vemos que com a mudança para os atendimentos remotos, ocasionada pela pandemia do SARS-COV-2, entro de certa forma na casa da paciente. A mesma casa que ela evitava entrar por sentir vazia, mas que também não desejava abandonar. Logo, minha preocupação foi quanto a adaptação da paciente a esse novo contexto, que a impediria de fazer o que mais gostava, sair. Para minha surpresa, Irene se mostrou muito bem, relatando novas atividades nas quais se engajou e afirmando sentir que seus dias passam rápido. Aos poucos, falou-me sobre os planos de doar alguns pertences do falecido marido, visto a quantidade de coisas ali. Descubro, assim, que Paulo era não apenas um colecionista como, também, um pouco acumulador, no sentido de que sempre estava comprando novos objetos para sua casa. Atitude tão diferente da de Irene que sequer mantém os livros que lê. Ela passa então a organizar os objetos de Paulo. Mas, organizar para sair dali. Em uma sessão, eis a compreensão sobre como ela se sustentara ali tão facilmente: baseada na expectativa de sair daquele local, planejando-se para isso, mas sem revelar suas intenções. Quando questionada sobre o porquê do segredo, tal como aconteceu com a viagem, disse apenas que tudo aconteceu muito rápido e, a final, ela só seguiu um plano do próprio Paulo, que gostaria de mudar de casa. Não parece haver muitas implicações aí, sendo que o momento escolhido para me relatar a mudança parece

estratégico: anula o valor das discussões sobre isso, visto que o plano está concretizado. É a possibilidade de Irene se manter no controle da sua vida, com uma abertura mínima para a ambiguidade que poderia surgir na discussão com um outro. Confrontada com isso, é interessante que Irene não reconhece o controle que exerce, mas associa o fato – confirmo, como aposta Freud (1996/1937) em *Construções em análise* - com a visão dos filhos sobre ela, que a acusam de ser mandona e cabeça dura. Imagem de Irene bem diferente daquela mulher, extremamente dócil e fragilizada pela dor da perda, que entrou pela primeira vez no consultório, sugerindo que naquele momento de dor mais aguda, algo em si escapasse ao seu controle, daí sua necessidade de recorrer a uma técnica para dominar o que estava escapando.

Dos chegados de Irene – e sua família é enorme – ouvi apenas dois nomes próprios em todas as nossas consultas, o do marido e o da filha, este último que apareceu mais como um ato falho do que com uma intenção consciente de compartilhar. Quando insisto para que me conte da relação com os irmãos e da infância (da qual alega não ter muitas lembranças), falou-me sobre como acobertava o irmão mais velho. Diziam ambos estar estudando, mas o irmão fugia por sua janela. Irene, por um lado, com medo de que seu pai se aborrecesse, e por outro, que seu irmão apanhasse, tomava parte na mentira, sem nunca delatar o irmão e assim manter a tranquilidade em casa. Ou melhor, manter as aparências de tranquilidade na casa, evitando o conflito por meio do seu controle ativo na situação.

Desde muito cedo, Irene parece presa a essa dinâmica, na qual as aparências precisam ser mantidas sob controle. Irene é descrita, aliás, como a “imagem escarrada<sup>31</sup>” da mãe, com quem parece se identificar. Uma mãe que é colocada como o exemplo de serenidade a ser seguido no enfrentamento do luto: era ela quem consolava os outros diante da morte de seus próprios filhos. Quanto ao pai, alto e austero, foi descrito como aquele de quem só poderia “falar coisas boas”. Fala que parece a serviço do imperativo superegoico de não externalizar o mal-estar. Manter as aparências mesmo, quando no seio da família perfeita, há um segredo de alcova bem guardado quanto ao adultério do pai, quanto à mágoa da mãe e a necessidade da intervenção de Irene para a manutenção do casamento dos pais. A raiva, não podendo ser dirigida os objetos familiares, é silenciosamente transferida para o irmão muito mais jovem – fruto da relação extraconjugal – que é então sumariamente excluído do convívio com a família e sobre quem Irene não quer saber, levantando dúvidas sobre seu real parentesco com ele, mesmo já tendo confirmado isso por exames clínicos.

---

<sup>31</sup> Considerando-se o escarro como algo que desperta a ojeriza das pessoas, a “imagem escarrada” parece sinalizar a identificação com o que há de repulsivo na mãe.

Todas essas são questões, deve-se perceber, que escapam de seu discurso. É aquilo que escapa na transferência. Irene procura a terapia – tal qual busca se ancorar na fala animadora de suas amigas viúvas – porque está sofrendo com a sua perda. Isto é, como colocado por Birman (2003), ela reconhece sua não auto-suficiência em lidar com a situação, recorrendo a uma alteridade para a qual endereça algo, ainda que sem se implicar com isso. Na primeira sessão de Irene, é nítido que apesar da afirmação de não conseguir falar sobre os eventos que se lhe sucederam, ao ser convidada a falar sobre si, a paciente imediatamente narrou o processo de morte do marido, demonstrando necessitar de alguém que acolhesse o seu sofrimento sem se fragilizar (diferentemente do que acontecia quando recorria à filha, que também chorava ao ouvir falar do pai). Ela precisa que alguém a ajude a falar, que alguém abra a *porta* para ela. Há aí a insistência pulsional em viver, mesmo frente a uma realidade que não se mostra favorável, configurando esse estado que poderíamos chamar de sofrimento e que, amiúde, demonstra que o sujeito está implicado com a perspectiva de um futuro que possa ser melhor (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004). Por isso procura pelos atendimentos psicoterapêuticos, ainda que à semelhança do que se vê nas relações terapêuticas com os pacientes ditos psicossomáticos, que buscam na análise a circunscrição do padecimento físico (que no caso de Irene é o próprio luto) com um saber que outorgue certezas, dando contornos à dor (TEIXEIRA, 2006). Ela busca uma técnica que lhe permita restaurar o controle de sua vida. Na ausência disso, de respostas certas aos seus questionamentos sobre se estaria procedendo de forma correta para amenizar o sofrimento, a paciente revelará, muitos meses depois do começo dos nossos atendimentos, ter experimentado ímpetos de abandonar as sessões, continuando a ir somente pela insistência da filha.

Por outro lado, para além do sofrimento expresso pela paciente, parece atuar em Irene uma dimensão que é dor em estado bruto, compreendendo-se essa como uma experiência solipsista, que faz com que a pessoa esteja voltada para si mesma. Na dor psíquica, mina-se a relação com o outro, para o qual só se direciona um lamento, mas não um apelo. Lembremos aqui do laço transferencial extremamente frágil que a paciente foi capaz de estabelecer, existindo nela muitos limites sobre aquilo que deseja ou pode falar. Salta aos olhos que o único sofrimento que Irene possa legitimar sobre si diga respeito exclusivamente a sua perda. Mesmo quanto ao próprio corpo isso não pode aparecer, ao exemplo do que acontece com os seus adoecimentos, sobretudo de sua pele lesionada, sobre a qual o discurso não recai, fazendo dessa uma experiência essencialmente narcísica, carecendo de uma dimensão alteritária (BIRMAN, 2003).

Nesse sentido, chama a atenção o movimento repetido pela paciente que, sempre ao falar da psoríase, estende uma das palmas da mão, enquanto com a outra mão desenha um

semicírculo no local afetado, dando a ver a ferida. Nesses momentos ela parece convocar meu olhar para a lesão, como no terceiro tempo do circuito pulsional escopofílico. Isto é, convoca um outro sujeito com cujo olhar, que olha para seu corpo, seu objeto auto-erótico por excelência, identifica-se, comprazendo-se por se expor. Em última instância, todavia, parece se tratar de um movimento narcísico, sendo que sobre as lesões na pele não tece quaisquer associações. Além disso, a ênfase, sem angústias, no caráter incurável de suas manifestações físicas, mostra que para ela suas lesões corporais são sem perspectivas de mudança; e sem desejo de que uma mudança se processe.

Assim, conforme fora colocado por Freud (1996/1924), em *O problema econômico do masoquismo*, se o adoecimento orgânico pode substituir um sofrimento de ordem moral, vale notar que essa nova forma de expressão do sofrimento implica algumas mudanças fundamentais. Na dor e na enfermidade há o bloqueio dos conflitos psíquicos, à revelia da implicação subjetiva, dificultando o processo de elaboração. (BARRETO, 1995; FIGUEIREDO, 2016). Bloqueia-se aí o movimento de recordar e de elaborar, de forma que, “com dor, o indivíduo fica paralisado; com neurose, pode até fazer análise” (BARRETO, 1995, p. 22). Diferentemente do que ocorre na conversão histérica, portanto, apostamos que o adoecimento de Irene entra na ordem de um não poder dizer, tal como acontece nos fenômenos psicossomáticos, em que o adoecer carece de um endereçamento e, muitas vezes, mesmo de um lamento (CARDOSO; PARABONI, 2010). Pode-se afirmar que o adoecimento, nessas condições, não vem do recalque, não se dando a ler e, antes, indicando uma tentativa de satisfação que se esquia do encadeamento simbólico (VENTURA; NICOLAU, 2014).

Perguntamo-nos, então, o que não está podendo ser dito por Irene. Retomamos assim seu processo terapêutico, desde nossos primeiros encontros, pouquíssimos meses após o falecimento do marido, em que a paciente necessitava de alguém que a escutasse, sobretudo, quanto à sua culpa e à sua dificuldade de ficar sozinha em casa (em que tudo lhe lembrava do marido). Relembro, então, Irene falando sobre a perda do sentido da vida, sobre a perda do apetite (que a fizera perder cerca de 15 quilos) e a falta de interesses pelos programas que os amigos lhe propunham (embora participasse dessas atividades). Relembro Irene falando sobre a perda de sua fé, sobre a dificuldade em se concentrar em leituras e, pouco a pouco, sobre a retomada das orações e das atribuições que tinha na igreja. Relembro, ainda, a paciente relatar os choros matinais decorrentes das lembranças intrusivas dos dias – então nomeados de traumáticos – em que o marido passou mal em casa e precisou ser dirigido ao hospital. E relembro Irene me falar sobre as atividades que fazia no seu dia a dia. Em suma, escuto as consequências comuns ao trabalho de luto, que para Freud (2013/1917[1915]) implica uma perda de interesse normal pelo mundo externo

que agora carece do objeto de amor, uma vez que o psiquismo estaria absorto no intenso trabalho de desligamento libidinal. Só não ouço, de Irene, um relato sobre seu marido.

Se no trabalho de luto, conforme nos explicou Freud (2013/1917[1915]), há o superinvestimento das lembranças e expectativas relacionadas ao objeto perdido, para que aí possa se realizar o desinvestimento pulsional, é no mínimo curioso que Irene só relate as consequências do trabalho de luto em si (as dificuldades iniciais acarretadas pela perda de interesse no mundo externo), mas nunca possa falar diretamente desse trabalho relacionado à morte do seu marido. Há um pudor na revelação dessas lembranças e expectativas que supomos estarem sendo superinvestidas gradualmente – em episódios que a paciente chora e, por isso, busca abreviar ao máximo – em um movimento que, porém, nunca pode ser feito na minha presença. E, mais do que isso, em um movimento que talvez Irene controle ativamente – falando-me sobre o fortuito da sua vida – para que não aconteça diante de mim. Tal qual, em sessão, relatou que sempre se mantém ocupada e concentrada no que faz: se está comendo, está concentrada na comida, se está tomando banho, está concentrada em se lavar. Se é verdade que sente um prazer genuíno nas atividades a que se dedica, por outro lado essas atividades parecem ser usadas de forma operacional para diminuir o contato de si consigo mesma, cujos pensamentos não podem simplesmente correr soltos.

Tal como proposto por Nasio (1997), é o superinvestimento das ligações que se tinha com o objeto amado que causa a condição econômica (concentração dos investimentos libidinais em um ponto específico) para a aparição da dor do luto, que assim pode ser compreendida como a dor de amor. Isto é, fazendo da dor do luto a dor causada pela ligação excessiva com um objeto amado, mas fadado a reatualizar sua perda. A dor do amor – a dor da perda – é vista então nesse rebuliço libidinal que passa a se concentrar em tudo que se relaciona ao objeto perdido. Mas, que em Irene, é interessante perceber, só pode se mostrar na superficialidade e na ânsia por eliminar.

Nota-se, dessa forma, que o discurso da paciente nunca pode abordar os aspectos subjetivos ou os sentimentos envolvidos nas relações – seja com o falecido marido ou qualquer outra pessoa importante de sua vida. O que sei sobre Paulo é o que os dois, ele e Irene, costumavam fazer juntos; e também o que ele costumava fazer por ela. Sou apresentada à rotina do casal *extremamente* unido, e aqui me parece de fato existir um excesso, ainda que negado pela paciente. Em virtude de sua saúde frágil, Paulo necessitava de diversos cuidados, como o afastamento de aglomerações, que o levou à antecipação da aposentadora. Uma vez sem trabalhar, demandava a companhia constante da esposa, indo inclusive ficar com ela no seu ambiente de trabalho. Os dois estariam sempre se dedicando a alguma atividade. Mais tarde, inclusive, Irene irá me contar sobre como o apoio que Paulo

lhe dava nas suas perdas familiares, não era no sentido de escutá-la, mas de lhe propor atividades prazerosas. Como se o sofrimento não pudesse aparecer. Agora, se Paulo era controlador, organizado, bem-humorado, só sei se sim ou não, e porque perguntei diretamente. Quase um ano após nossos primeiros encontros (interrompidos pelas várias viagens de Irene), o que sei sobre Paulo é praticamente o mesmo do início. O que Irene deixa mostrar, é o Paulo de fora de casa, aquele que lhe levava em viagens incríveis, mas nunca aquele com quem ela teve que brigar para que não entrasse em casa com o sapato que usou na rua – hábito que tinha para si e gostaria que o resto da família também adotasse. Ao passo em que não parece propriamente que Irene idealize o marido, tornando o luto impossível, parece sim que ela só pode apresentá-lo à exterioridade em uma posição idealizada, em que tanto ela quanto ele formariam esse casal perfeito, sem qualquer tipo de ruído no relacionamento.

Em suma, o que parece faltar ao discurso da paciente é qualquer ambivalência. Tendo-se que essa última, como nos ensinou Freud (1996/1915; 2013/1917[1915]), é intrínseca à perda do objeto de amor por se constituir como uma dinâmica fundamental do investimento amoroso. Se é próprio do humano, próprio do domínio pulsional, ímpetos de ódio e destruição (FREUD, 1996/1933[1932]), o que acabamos escutando de Irene, em última instância, é a sua impossibilidade de dirigir a hostilidade – ou outras formas mais diretas do agir da sua pulsão de morte – à exterioridade. E isso, na verdade, mesmo em relação a si mesma. Ao contrário do que Freud (2013/1917[1915]) afirmou ser comum no caso de pessoas excessivamente boas, que justamente por isso tenderiam a dirigir para si a hostilidade que não pôde se voltar para o outro, em Irene não se encontra perturbação da autoestima. Se há no luto um rebaixamento da autoestima, “porque o outro nos deixou, porque ele não nos amou suficientemente, porque eu fiz alguma coisa, porque nós estamos impotentes diante dessa condição de mal-estar” (DUNKER, 2019, p. 33), isto é, porque toda perda é, para o Eu, uma perda narcísica (FREUD, 2010/1915), em Irene vemos apenas vislumbres desse mecanismo. Como aconteceu com a sua culpa, para a qual, não obstante, engendrou uma saída bastante rápida e conciliatória, demonstrando que a sua agressividade, mesmo estando dirigida aos muros simbólicos de uma instituição, não poderia ser sustentada por muito tempo.

Nasio (1997), ao se debruçar sobre o estudo do luto, lembra-nos que quando se perde algum objeto de amor, o que é perdido é a imagem de si que o outro permitia existir e ser amada. Nas palavras do autor,

O que perdi, antes de tudo, é o amor a mim mesmo, que o outro tornava possível. Isso significa que o que se perde é o eu ideal, ou mais exatamente o meu eu ideal ligado à pessoa que acaba de desaparecer (NASIO, 1997, p. 164).

Em Irene, por sua vez, não notamos praticamente nenhuma perturbação – afora os adoecimentos – da relação que tem consigo mesma. Como se a modificação que houve em sua vida não fosse suficiente para ela questionar – pelo menos abertamente – as posições as quais está arraigada. Fortifica-se, antes, a posição que nomeei em nossos atendimentos como aquela de “a pacificadora”, que não aceita a irrupção de qualquer hostilidade, buscando sempre encontrar uma saída conciliatória para os conflitos e, na maior parte do tempo, evadindo-se deles. Posição que, aliás, seria responsável pelo posterior sentimento de culpa que pôde narrar, no qual sua atitude dócil não permitiu um questionamento das práticas realizadas no hospital, mesmo que ela, enquanto uma profissional da área de saúde, discordasse de alguns procedimentos que foram realizados com o marido.

Cogitamos, logo, que diante de Irene estamos frente a alguém que sustenta um ideal de Eu que não suporta a agressividade. Lembrando-se aqui que o ideal de Eu é formado no encontro da dor e da separação, que acontece pela entrada de um terceiro objeto no seio da relação primária, rompendo a ilusão fusional que o sujeito tinha com a função materna. O ideal de Eu, dessa maneira, na base da formação do Supereu, surge como uma abertura à alteridade e como uma promessa de recuperação da onipotência narcísica do sujeito, visando se fazer amar pelos objetos, com os quais, aliás, o sujeito empreende uma identificação (VOLICH, 2016). No caso de Irene, a identificação com um pai que sempre descreve como “austero” – ainda que dele não possa “falar nada de ruim” – e uma mãe demasiadamente bondosa, que “transparece amor em tudo o que faz”. Resultando-se daí, muito provavelmente, sua fixidez na posição de alguém que é sempre amável, fugindo de qualquer confronto. Diante de um desentendimento de que não pode escapar, assume o papel de mediadora, daquela que não toma partidos, esforçando-se para que o mal-estar se apazigue rapidamente. O nome Irene, inclusive, que de origem grega, eiríni, significa paz, foi justamente escolhido por nomear essa característica que me foi apresentada pela paciente desde o início do seu acompanhamento. Doce, discreta e incapaz de falar mal de alguém – absolutamente todas as suas relações são descritas como muito boas – não espanta que Irene tenha uma rede de proteção – composta não apenas por familiares, mas também por amigos de longuíssima data – aparentemente tão extensa. Ao mesmo tempo, vemos que, justamente por não tolerar falar mal de ninguém, não pode falar muito, e então precisa manter um discurso controlado pela superficialidade. A transferência que estabelece, compreendida aqui também como uma forma de vinculação, é frágil, dando indício para pensarmos serem frágeis também seus outros relacionamentos.

A própria barreira química construída pela paciente (a medicalização do seu sofrimento), a propósito, foi aceita em um sentido muito específico: tal barreira não se



ergueu contra a tristeza, mas contra os sentimentos de ansiedade que experimentava ao andar nas ruas, sobretudo nas imediações do hospital em que o marido faleceu. Instituição que Irene tendia a atribuir a culpa pela morte do marido e para a qual podíamos observar o endereçamento de alguma hostilidade. Mas, disso ela não queria saber, ou melhor, não queria vivenciar, mesmo possuindo recursos para lidar com a situação<sup>32</sup>, e então aceitou o bloqueio químico para retornar àquele aparente equilíbrio. Equilíbrio no qual, como a mãe, poderia sustentar a imagem de pacífica, aquela que faz a “maratona sobre gratidão”<sup>33</sup>. Se a princípio seu ímpeto foi o de inquerir os prontuários do marido no hospital, esperando encontrar aí algum erro – e, em minha leitura, um culpado pela morte que não ela – Irene preferiu se calar quanto a essa solução, negando buscar um culpado pela morte de Paulo e optando por uma conciliação com o hospital, vislumbrando nessa instituição aquela que estendera a vida do marido anos antes. Ela parece criar a própria solução para evitar o confronto e impedir que seus sentimentos hostis aflorem; estes não podem ser endereçados nem contra as paredes concretas do lugar em que Paulo faleceu.

Existe aí, não podemos deixar de pontuar, uma saída que parece ser rápida demais, que vem salvaguardar um ganho narcísico. Ora, o ideal de Eu não está excluído da história libidinal do sujeito, de forma que o Eu, longe de ser a instância da neutralidade, é também erotizado (BORGES, 1996). Presa à essa aparente posição de mansidão frente ao mundo, Irene parece garantir sua identificação com a mãe – ao peso da severidade do pai – e seu lugar no seio das relações familiares como aquela pessoa adorável, possivelmente guiada pela fantasia de que o outro não suportará sua agressividade. E aqui, enfatizamos o uso do termo “possivelmente”, visto que poucos exemplos temos das relações da paciente. A relação que conhecemos – a transferencial –, contudo, parece indicar que esse modo de satisfação narcísica não é sem consequências, se pensarmos que seus relacionamentos parecem tender à superficialidade. Irene se mostra sempre muito amistosa, respeita horários, chama-me de querida e até busca me presentear com mimos, que não aceito. Por outro lado, parece estar sempre na iminência de deixar a continuidade do nosso tratamento por uma viagem para a qual a mala já está pronta: ao menor desagrado, partirá. Seu silêncio, por vezes, é a forma delicada de indicar os limites do que está disposta a falar, atendo-se preferencialmente nos assuntos felizes e nos fazendo crer que empreende o esforço contínuo do domínio pulsional. Situação que, com a perda do marido, sofreu um abalo crucial.

---

<sup>32</sup> Sem a medicação, diante disso que chamou de ataques de ansiedade, a paciente recorria a alguns mantras, massagens e orações, o que surtia efeito no alívio da sensação desagradável.

<sup>33</sup> Irene me relata em uma das sessões remotas que durante uma semana assistiu a uma espécie de curso sobre gratidão, que ensinava estratégias para as pessoas se manterem “gratas” à vida, focando em seus aspectos cotidianos positivos.

Em uma das sessões remotas em que me conta sobre a “maratona da gratidão” que acompanhou, questiono-a se ali também foi abordada a questão dos sentimentos agressivos, tais como aqueles que frequentemente são despertados no processo de luto. Eis então que Irene, anulando minha fala, levanta-se e desaparece da tela. Ao voltar, alega que de forma alguma seu comportamento teve relação com o que eu dizia, relacionando-se apenas ao fato de seu celular estar com pouca bateria. Ora, é ela quem parece desabastecida, ou melhor, acuada frente ao meu questionamento (e o meu possível reconhecimento que opera ali algo que ela busca esconder). Afirmando, sem nenhuma implicação quando ao seu comportamento de sair e nulificar minha fala, não se sentir mal em falar sobre o assunto. Confessa, contudo, quase irritada pela minha insistência, que o que a levou a procurar ajuda foi a raiva que sentia. A raiva despertada ao ver um casal de mãos dadas na rua. A raiva que para todos os efeitos ela considerava errada, devendo ser substituída pelo ato de alegrar-se diante da felicidade alheia. Raiva que, antes de culpa, desperta-lhe vergonha, a reação narcísica de se perceber alguém do seu Ideal de Eu.

Assim, podemos compreender que o trabalho de luto – e a desorganização pulsional que o pressupõe – faz emergir em Irene o que ela repudia em si mesma e que deve, a todo custo, ser contido. E isso, de uma forma tão intensa, que não pode nem se voltar ao próprio Eu, ultrapassa-o. Como se aí se concretizasse o ideal iluminista de domínio sobre as paixões humanas, afastando-se as pulsões agressivas do laço social, mas passando-as para o domínio do Supereu (FREUD, 1996/1923). Um supereu inflexível que, em Irene, precisa dissimular esse direcionamento a ela mesma. Haja vista, pois, que a virulência da energia não simbolizada, não eclode na paciente na forma de recriminações melancólicas. Antes disso, a virulência é escoada silenciosamente para o domínio do organismo; para o concreto da carne. Em nível psíquico se manifesta um sofrimento atenuado, que pode ser parcelado em pequenas porções e que, dessa forma, não deixa espaço para o ódio, para a desorganização ou para a ambivalência. Isso ao custo, é claro, das lesões que insistem em se intensificar nos momentos mais difíceis, exigindo a rotina obsessiva dos cuidados tópicos que, tal como em uma dinâmica masoquista, parece se constituir como um aumento de tensão que alivia. E que, aliás, nos faz questionar se, como pressupõe algumas correntes da psicossomática, de fato existe uma dimensão do corpo que não é mais o Eu, e que por isso restauraria a velha dicotomia entre o corpo e o psíquico. É verdade que o corpo de Irene, no que concerne ao seu adoecimento, parece responder ao excesso pulsional para si direcionado, mas de forma como se essa faceta específica do corpo fosse só um local de descarte, para além do próprio Eu, que permaneceria salvaguardado de ataques superegóticos. Aqui, Dejours (1998/1997), diria de dois corpos, um erógeno e outro fisiológico, que, embora se comuniquem, não estabelecem uma continuidade entre si.

Ao contrário do que Volich (2016) propõe, de que toda doença remeteria o sujeito ao desamparo, o que notamos na paciente é a ausência de angústias relacionadas aos seus adoecimentos ou à incurabilidade destes. É verdade que suas formas de adoecer não parecem colocar em risco direto a sua existência, mas a possibilidade de que as lesões na pele aumentem e castiguem mais severamente seu corpo não é impossível, e nem por isso, a paciente se inquieta; o adoecimento, antes disso, organiza. Cria um canal de escoamento para motes pulsionais sem nome e representação, que nos falam de sua intensidade pela lesão dos órgãos que proporciona. Dizendo, também, de uma defesa arcaica, uma vez que não admite o conflito psíquico, servindo à fantasia de que destruirá os outros se não silenciar sua pulsão agressiva. Ao manter o teatro das aparências, Irene evitaria o desamparo que crê existir fora de sua rede social pautada nos vínculos amistosos, compensando em número a fragilidade desses vínculos. “Fora do cativeiro, o passarinho morre”, isto é, fora do ambiente rigidamente controlado, a morte espreita.

Vale ressaltar que nosso objetivo aqui não é explicar o mecanismo ou defender que o caso de Irene se trata de um fenômeno psicossomático – no que de fato apostamos, considerando-se a lesão não simbolizada que se abate sobre o organismo, lesionando-o, como consequência da descarga não mediada da pulsão de morte. Nosso objetivo, porém, é compreender a função desempenhada por esse adoecimento. Um adoecimento que nesse caso específico parece vir para silenciar uma ambivalência que não pode ser dita sem ferir de todas as formas o Ideal de Eu fortemente estabelecido. Adoecer, no caso de Irene, contribui para que seu regime pulsional não se veja demasiadamente fora do controle, mantendo relativamente organizado o que se esperaria estar desorganizado pelo trabalho de luto. O que torna inteligível, aliás, sua atitude diante da dor, da qual quer urgentemente se desviar. Antes da dor de Irene se mostrar como uma prova de amor que homenageia Paulo, e portanto, objeto de seu apego, a dor põe em movimento o trabalho extenuante de contenção pulsional. Tão mais intenso do que a força de qualquer culpa que poderia se abater pelo distanciamento do sofrimento, que conforme nos ensinaram Jorge (2001) e Gonçalves (2019), representaria o distanciamento do próprio objeto perdido.

Partindo-se dessas considerações, cabe comentar que nos afastamos da tese psicossomática defendida por Dejours (1998/1997), para quem,

Na concepção que eu defendo aqui, a escolha da função – quer dizer o sentido do sintoma – são as moções hostis que são perigosas e que fazem o papel principal nos processos psíquicos que acompanham os acontecimentos somáticos. Para ser mais preciso, o perigo não está na hostilidade em si, nem na violência, nem na agressividade. Ele se encontra na impossibilidade de colocar em cena o drama intrapsíquico vivido pelo paciente e, portanto, na incapacidade de manifestá-lo ao outro. Em outras palavras, o drama existe, mas a dramaturgia está impedida (DEJOURS, 1998/1997, p. 47).

Apostamos, com Irene, que suas possibilidades de vivenciar o que Dejours chamou de o drama psíquico não está em questão. Ela sente raiva em nível psíquico – quando vê um casal que lhe desperta o ódio, por exemplo –, mas tem repúdio a essa experiência. Precisa conter continuamente seus motes pulsionais para que possa viver em equilíbrio com seu Ideal de Eu que não tolera sua agressividade. Agressividade que tenderia – se não fosse a experiência abrupta do trauma da perda – a se expressar de forma inconsciente, na forma da mãe que é mandona, cabeça dura e, poderíamos dizer, controladora. Formas de relação que se mantêm fora da consciência de Irene – recalçadas – e que, afora a eclosão do fenômeno psicossomático, provavelmente seguiriam o curso de uma neurose sem maiores consequências. No curso da qual, aliás, parece bem adaptada. Seu adoecimento físico, em caráter excepcional, parece falar sobre o estresse do seu sistema de contenção pulsional devido à intensidade do golpe narcísico que sofreu com a morte de Paulo. Dessa forma, é interessante perceber que, conforme avança sua reorganização pulsional pelo trabalho de luto – conforme a pulsão de morte vai se apaziguando – ela vai deixando, aos poucos, sua postura extremamente dócil em relação aos outros – que respondia à fantasia da periculosidade do seu ódio – para dar lugar à mãe mandona, que pode desobedecer, ter segredos e se impor um pouco mais sobre a vontade das pessoas em relação a ela.

Não é demais reforçar, portanto, que ao servir de anteparo à virulência da pulsão desorganizada, a carne ferida de Irene serve como o canal de escoamento que permite a todo o resto de sua economia psíquica permanecer *suave*. Isto é, afastada da eclosão de conflitos psíquicos relacionados à ambivalência amorosa, que tornaria a dor da perda mais difícil de ser tolerada por violar os seus ideais. Não ameaça tanto Irene o encontro com o vazio de sentido da morte, mas sim o encontro com a violência da sua pulsionalidade, quiçá mortífera. Assim, dificultada a expressão em nível psíquico, o agir da pulsão de morte da paciente segue seu curso de forma silenciosa, regida que está por um Supereu zelador de um forte Ideal de Eu, que lesiona órgãos, mas que não aceita muito bem o afastamento da identificação com uma mãe que permaneceu serena diante da morte dos próprios filhos. Diferentemente de uma conversão histérica, vale perceber que os adoecimentos de Irene não são uma formação simbólica, de maneira que sobre eles a paciente nada tem a dizer. Não há qualquer tipo de associação que Irene elabore sobre eles. Exceto, talvez, sobre a relação que faz entre a perda e o adoecimento e a incurabilidade dessas condições, que insistem em aparecer quando ela está sem “imunidade” diante do trágico da vida, perdendo o controle da pulsionalidade que ela repudia e que não pode ser traduzida em palavras. Nesse sentido, é interessante que os seus adoecimentos não parecem para ela como uma produção pessoal, aproximando-se, antes, de uma espécie de invasão externa contra a qual

não poderia lutar. Daí a postura resignada da paciente frente ao esforço – incontestavelmente necessário – de remediar as suas lesões corporais, sobre as quais nada diz, mas que de uma forma não simbólica talvez traduzam a sua rigidez; traduzam a “incurabilidade” do modo como Irene se coloca no mundo.

Por fim, vale reiterar que ao manter organizado parte da energia solta promovida pelo trabalho de luto, é como se adoecer cumprisse um papel na facilitação desse trabalho. Não à toa Irene relata que a morte do irmão – com quem era menos apegada do que com a irmã – foi muito mais impactante para ela – fazendo-a, em suas palavras, “entrar em estado de choque”. E isso mesmo que a morte da irmã, conforme sabemos, tenha sido seguida de um adoecimento crônico e incurável, que a acompanha há quase três décadas. Parece vigorar aqui o modelo pensado por Freud (1996/1916-1917) acerca das séries complementares, ou seja, a concepção de que um evento externo não será a priori traumático, visto que o efeito traumático dependerá não apenas da intensidade do evento, mas também da capacidade interna do sujeito de suportar o abalo. Assim, a morte do irmão, por mais difícil que tenha sido, deu lugar a um trabalho de luto em nível psíquico, mobilizando a totalidade do aparelho psíquico e parecendo, para Irene, como um evento desorganizador. A ocorrência da morte da irmã, contudo, dando-se ainda durante o processo de elaboração do luto do irmão mais velho, primogênito de seus pais, tensiona o seu aparelho psíquico sobremaneira, que então desvia parte da dor para a carne. Tendo-se aí, novamente, o adoecimento do corpo que alivia, que facilita seu trabalho de luto ao custo da doença crônica e incurável, que a acompanhará até sua morte. No caso do marido, ainda que generalizações não sejam de todo possíveis, vale estimar o impacto da perda de um parceiro de tantos anos para a paciente. Lembrando-se que,

Na situação de luto pela perda de um cônjuge de muitos anos, comum no envelhecimento, estamos diante da perda de um objeto erótico de grande importância para o sujeito por estar fortemente ligado a ele numa situação de dependência e simbiose, de sorte que a dinâmica pulsional do sujeito se encontra totalmente modificada com a ausência desse objeto, no qual o sujeito se apoiava e que estava associado com todas as instâncias de sua vida, com todas suas relações objetais. Nessa circunstância, podemos questionar-nos se a escolha do objeto foi feita sobre base narcísica ou se, pelo grande tempo de relação com esse objeto, ele se tornaria parte do sujeito e, sem ele, sua noção de Eu se encontraria modificada (CHERIX; COELHO JUNIOR, 2017, p. 190).

De todo modo, o luto de Irene pelo marido, para todos os efeitos, não seguiu um curso patológico. Acompanhamos Irene, após a sua perda mais significativa, conseguindo seguir a vida de uma forma funcional e, mesmo, extraindo prazer das atividades que gosta, sem recair no horror das autorrecriações melancólicas. Ainda que, é verdade, as doenças que tomam seu corpo sugerem existir, no seio do Eu, polos que permanecem como

dor pura, que organizam facetas que não podem ser vividas por Irene por ferirem demasiadamente seu Ideal de Eu rígido. A paciente parece seguir, dessa forma, as colocações de Birman (2003), para quem a dor, quando não pode ser transformada em sofrimento, modifica o corpo do sujeito.

A Construção do caso Irene nos ensina, portanto, que não necessariamente vinculado à melancolia, o adoecimento físico pode desempenhar um papel no processo luto. Criando a condição econômica para que a dor psíquica da perda seja tamponada e vivida de uma forma mais palatável, sem fazer emergir a ambivalência amorosa que inflama a garganta, ameaça a identidade e que, de outro modo, faria a pessoa se haver com dinâmicas psíquicas que já possuía dificuldade em lidar.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicanálise nasceu no questionamento do corpo. O questionamento do estatuto do corpo enquanto matéria radicalmente dissociada da influência psíquica, como queria o projeto positivista do fim do século XIX. Inaugurou-se, assim, com a psicanálise, uma prática clínica, um método investigativo e um aparato teórico que privilegia a escuta do particular, em cada sintoma, para reconstruir um universal cujo propósito é permitir, novamente, o retorno ao particular. O retorno à idiossincrasia de cada encontro clínico, que no seu caráter enigmático faz questionar novamente a técnica e a teoria, afastando a psicanálise do dogma e fazendo dela uma práxis dinâmica, sempre em transformação.

Por isso, guiados pelo objetivo de compreender o papel do adoecimento físico na economia psíquica de pessoas enlutadas, recorreremos à Construção do caso como estratégia metodológica. Uma metodologia de caráter clínico, que apoiou a investigação do caso Irene na enigmática repetição que acontecia em sua vida: após suas perdas mais significativas, Irene adoeceu, desenvolvendo doenças incuráveis com as quais, todavia, não se implicava subjetivamente. Assim, mostrou-se apropriado questionar o quê, na particularidade da questão clínica da paciente, poderia se transformar em um conhecimento científico compartilhado. Em foco, a questão do luto e do adoecimento físico.

Sob essa perspectiva, empreendeu-se um retorno à obra freudiana, a fim de tornar conhecidos os pressupostos nos quais se fundamentaram as conclusões extraídas do caso Irene e, também, explicitar o lugar de escuta que ocupamos diante da paciente. E tal pesquisa, como não poderia deixar de ser, partiu dos primórdios da psicanálise, isto é, partiu da questão colocada pelo corpo. Partiu da questão colocada pelo corpo falante da Srta. Elisabeth Von R., que comunicava com dores o que não podia ser dito por palavras, demonstrando que a fisiologia podia ser subvertida em nome de determinações inconscientes.

O adoecimento físico da Srta. Elisabeth balizava, para além da verdade do seu diagnóstico médico de reumatismo, seus conflitos psíquicos, versando sobre a potencialidade do aparato corporal de sobrepujar suas funções orgânicas. Em última instância, seu corpo falava – para quem estivesse disposto a escutar – sobre seu sofrimento. Sua paixão escandalosa, seu amor incestuoso, sua raiva reprimida e seus lutos. Não à toa, nos valem da Construção desse caso clínico, que nos acompanhou durante todo o primeiro capítulo, para a difícil tarefa de traçar um percurso didático acerca da problemática do corpo e do adoecimento na obra de Freud.

Nesse caminho, longe da linearidade, observamos o corpo passar de um acessório disponível ao jogo pulsional inconsciente – via possível para a expressão do conflito



psíquico – para um corpo do qual surgem as pulsões que animam o psiquismo, colocando a vida em movimento. Um corpo cuja representação mental não lhe é inerente, mas que precisa ser construída para dar origem ao esquema corporal que, dessa forma, transforma-se em protagonista na vida psíquica. Ainda que a unidade alcançada com a amarração das pulsões parciais pelo narcisismo, não seja fixa ao longo tempo, fazendo do corpo um esquema relacional entre o interno e o externo. Assim, se o Eu é uma instância psíquica eminentemente corporal, como argumentou Freud (1996/1923) em *O Ego e Id*, o psiquismo também é construído pela dinâmica de prazer e desprazer que passa pelas sensações corporais e investimentos pulsionais, alocando esse corpo como central no jogo de distribuições libidinais.

A angústia, nesse sentido, parece oferecer um excelente exemplo de como podem se articular experiências psíquicas e corporais. Ainda que como um afeto, opere em nível psíquico, uma vez despertada a angústia também faz se sentir no corpo de diversas maneiras. Pelas palpitações, as secreções endócrinas e o controle do sono e do apetite, a virulência do traumático, que não encontra caminho por meio da palavra, incide sobre o estado físico da matéria, alterando-a. Sendo que a presença da angústia, muitas vezes, só é percebida pela presença dos seus sinais físicos.

Em outras palavras, argumenta-se que o corpo, para a psicanálise, integra-se à economia psíquica, constituindo-se não apenas como objeto de investimentos eróticos, mas também como objeto para a pulsão de morte. Desse modo, o caráter mortífero da pulsão poderia se voltar também sobre o próprio corpo, realizando nele uma satisfação para além do Princípio de prazer. Ainda que, por outro lado, essa satisfação não seja sem um componente erótico incluso. Assim, verifica-se que mesmo o ato extremo do suicídio não acontece sem uma satisfação libidinal envolvida. E o mesmo, teríamos condições de pensar, poderia se dar com a morte pelo adoecimento físico, se este puder ser compreendido a partir de alterações nas distribuições libidinais do aparelho psíquico.

Atendo-se à leitura freudiana, vemos como um adoecimento físico importante poderia representar o encontro do sujeito com a castração. Incompatível com a imagem narcísica do sujeito, o adoecimento orgânico ou, mesmo, o envelhecimento do corpo, inexorável, poderiam desorganizar o aparelho psíquico, representando o encontro traumático com a morte e a impotência. Ao mesmo tempo em que, contudo, o adoecimento orgânico poderia desempenhar o papel de substituição de um conflito psíquico grave, representar a expiação de uma culpa inconsciente – ou uma necessidade de punição – e constituir uma via de escoamento para a pulsão de morte, dando espaço para aquela curiosa situação econômica na qual o aumento de uma tensão produziria alívio, como na excitação sexual. O adoecimento físico, nessas circunstâncias, poderia contribuir para

organizar o aparelho psíquico, desviando motes pulsionais excessivos, balizando os limites do corpo e lhe conferindo identidade. Demonstrando, em última instância, que a situação de adoecimento físico, longe de uma explicação universal, pode assumir múltiplos papéis na vida psíquica.

Sobre a questão de o adoecimento físico poder conferir identidade, vale pontuar que o adoecimento orgânico, por não estar à mercê da esfera volitiva, não parece convocar o sujeito a se responsabilizar subjetivamente por sua condição. Antes disso, ao receber a legitimação médica do sofrimento, por meio de um diagnóstico reconhecido socialmente, o sujeito pode assumir a identidade de doente, deixando-se de questionar sobre a função da emergência do adoecimento em sua vida. E aqui, salienta-se, estamos longe de ignorar a importância do diagnóstico, reconhecendo-se o seu papel na direção do tratamento médico e, também, como aquilo que poderia diminuir a angústia causada ao sujeito pela surpresa dos sintomas. Por outro lado, como vimos acontecer com a própria Irene, o diagnóstico médico pode produzir benefícios secundários, entre os quais estaria a redução de mostras de subjetividade, como a depressão e a angústia, às manifestações sintomáticas contempladas pelo diagnóstico. Como efeito colateral do diagnóstico médico, poderíamos pensar, o corpo seria tomado como um silencioso bode expiatório de processos inconscientes, sem que exista pressão para que o sujeito se responsabilize por aquilo que se abateu sobre si.

Seja como for, fato é que ao longo da obra freudiana as relações pressupostas entre corpo e aparelho psíquico foram ficando cada vez mais próximas, ao ponto de se pensar que entre essas duas instâncias não existiria solução de continuidade. Entretanto, diferentes olhares clínicos viriam a questionar esse posicionamento. A investigação do adoecimento físico que seguiria modelos diferentes da conversão histérica, por parte de algumas correntes psicossomáticas, reacenderia, inclusive, o debate cartesiano sobre a questão do corpo no centro de teorizações psicanalíticas. Isso, na medida em que houve a defesa de que nem tudo que se abateria no corpo estaria a serviço da expressão simbólica do inconsciente. Antes disso, diferentes abordagens apostaram existir no corpo uma dimensão orgânica para além da influência da palavra, cuja lesão não teria um significado, ainda que pudesse ser resultado de sucessivas descargas pulsionais – ou de outro tipo – sobre os órgãos. Em outras palavras, existiria a aposta, para algumas correntes, que para além do corpo, algo da materialidade bruta do organismo não se constituiria como o Eu psíquico, ficando vulnerável às descargas pulsionais mortíferas endereçadas para dentro do sujeito. Seriam aquelas partes do corpo que, talvez, conforme cogitou Dejours, teriam escapado ao processo de subversão libidinal. Como resultado de uma falha na maternagem, na qual a mãe deixou de erotizar suficientemente uma parte, ou uma função corporal, do

seu bebê, que então poderia escapar da influência do Eu e se tornar vulnerável à ocorrência do fenômeno psicossomático.

Longe de oferecer respostas definitivas, quer seja sobre o estatuto do corpo diante do inconsciente, quer seja sobre a metapsicologia do adoecimento orgânico, a psicanálise e as abordagens psicossomáticas apresentariam, em contrapartida, uma miríade de hipóteses, de diferentes níveis de compreensão, acerca do adoecimento físico, das quais continuaríamos a questionar sobre a cura, a reversibilidade da lesão orgânica e se essa, enquanto descarga repetitiva ao corpo que evita, desvia ou expiaria um mote pulsional, aconteceria em termos econômicos justos.

Por ora, todavia, permanecemos sem meios de mensurar as quantidades pulsionais para responder a essa última pergunta, da mesma forma como permanecemos sem meios de prever o impacto que a ruptura de um investimento significativo provoca nos sujeitos. Assim, passamos a investigar o luto e a melancolia, na perspectiva freudiana, a partir de uma visada econômica. Considerando-se aqui que a perda objetual poderia assumir o estatuto de um trauma, não deixando de ser uma perda narcísica que colocará o psiquismo naquele que é provavelmente o trabalho mais difícil de vida, o trabalho de luto.

Consideramos, nesse contexto, que seja assumindo um viés patológico, como no caso da melancolia, seja por um caminho que ofenda menos o Eu, fato é que a perda objetual desorganiza o equilíbrio econômico do aparelho psíquico. O arranjo libidinal que se sustentava com a presença do objeto de amor na vida, torna-se obsoleto, ocasionando o retorno dos investimentos objetais ao Eu. O desligamento do objeto, embora obedeça ao Princípio do prazer, sendo importante para a manutenção da capacidade de amar, não é sem dor psíquica, uma reação narcísica que fecha o sujeito sobre si mesmo e que pode se expressar de formas muito variáveis. Incluindo-se aí o movimento do narcisismo de morte, que desestabiliza os investimentos no próprio Eu e suas funções, colocando em ação o Princípio do Nirvana e podendo escolher a morte – como pela via do adoecimento – do que a dor e o vazio insuportável suscitados pela perda. Daí podermos cogitar que, no trabalho de luto, que é muito mais um trabalho de libertação da libido do que um trabalho de esquecimento do objeto, haveria a passagem da dor para o sofrimento. Este último, compreendido aqui como a insistência pulsional em existir mesmo quando as circunstâncias seriam desfavoráveis, fazendo o sujeito se implicar com a própria dor e abrir-se à alteridade. Existiria, assim, um ato de ruptura com a estagnação, que permitiria ao sujeito encontrar um novo objeto em substituição – sempre incompleta – ao objeto que foi perdido.

Tal processo, lembremos, leva tempo. E a reorganização – ou reconstrução – de um novo equilíbrio, não será sem consequências sobre todo o funcionamento do sujeito. Ora, o luto não é um processo circunstancial isolado, mas integrado às dinâmicas

complexas do psiquismo. Na verdade, colocando-se mesmo como uma dessas dinâmicas fundamentais. Uma vez instalado o trabalho de luto, suas consequências poderiam se fazer sentir até sobre a saúde física, estando o corpo integrado no balanço econômico que o trabalho de luto busca organizar. Aqui, seja pela vertente melancólica, mas também no que convencionaríamos chamar de luto normal, vemos um aumento nas queixas difusas relacionadas à (má) saúde física – como aumento na intensidade de dores crônicas. Vemos, também, a irrupção de uma doença grave que, amiúde, pode tomar o lugar das dores do luto. Vemos, ainda, doenças de evolução súbita, que aparentemente a serviço do princípio do Nirvana, podem levar o sujeito à morte muito rapidamente, fazendo-nos questionar sobre qual seria o papel desses adoecimentos que surgem, ou que se intensificam, no momento da desorganização pulsional do psiquismo promovida pela perda objetal.

Assim, a fim de responder a essa questão de pesquisa, retornamos à clínica psicanalítica, ao encontro único que tivemos com Irene no momento de sua maior vulnerabilidade, permitindo-nos construir uma hipótese metapsicológica sobre o que se mostrou enigmático na história do trabalho de luto da paciente. Uma hipótese, não é demais reforçar, que foi construída a partir de uma relação transferencial, que instrumentalizou a pesquisadora a ouvir para além do discurso cronológico da paciente, escutando as contradições que apareceram em sua fala e, principalmente, a estranheza do que deixou de aparecer.

Enquanto metodologia, é válido afirmar que a estratégia de pesquisa aqui adotada valoriza não tanto o idiossincrático de cada caso, mas a particularidade do encontro entre pesquisador/analista e voluntário/analisante, levando em consideração, enquanto produção de dados de pesquisa, a subjetividade do pesquisador. E daí que ao narrarmos a construção que fizemos do caso, não pudemos fugir da revelação de aspectos subjetivos pessoais – contratransferenciais – que apareceram nos encontros psicoterapêuticos e que, por meio da intervenção de supervisão externa, puderam ser tomados como instrumentos de trabalho, isto é, novos dados de pesquisa. Revelou-se, dessa forma, como a pesquisadora se sentiu diante de Irene, aquilo que nomeou como uma transferência fria e que se mostrou como o veículo a partir do qual se pôde escutar o silencioso controle pulsional, empreendido pela paciente, ao longo de suas sessões.

Por meio da transferência, pudemos lançar a hipótese de que as doenças de Irene – o hipotireoidismo, a psoríase e a rosácea – se davam a ver no lugar de algo que ela sistematicamente escondia. Escutamos assim, da superficialidade controlada do seu discurso, o que se mantinha impedido de ser comunicado, ouvindo aí uma forma de defesa contra o seu maior segredo: os ímpetos hostis dos quais se envergonhava e precisava manter sob controle. E, se isso se deu ao longo de toda sua vida, com a situação da perda

do marido o controle exercido por Irene sobre sua pulsionalidade começou a falhar, gerando angústia. A ruptura libidinal efetuada por sua perda, despertou a fúria pulsional, característica, mas demasiadamente intensa para a paciente, exigindo uma solução que precisou ir além do recalque para manter o controle pulsional. Estamos falando do fenômeno psicossomático que parece ter tomado curso em Irene. Seus adoecimentos, dessa forma, podem se mostrar como lesões que exigem cuidados diários e a longo prazo, mas que ainda assim promovem alívio, sem que Irene precise se implicar subjetivamente com esses adoecimentos.

Na medida em que adoece, parte da economia psíquica se reorganiza, direcionando para fora do âmbito psíquico a fúria da energia livre promovida pelo luto, fúria que ofende seu Ideal de Eu rigidamente orientado pela manutenção das aparências, não tolerando qualquer tipo de ambivalência amorosa. Levanta-se, dessa maneira, a questão para a qual não temos uma resposta, se seus órgãos lesionados, cujo sintoma físico carece de mediação simbólica, atestaria a existência de uma porção do corpo que não se constituiria como parte do Eu. De todo modo, ao desviar para si a pulsão livremente circulante, adoecer torna o processo de luto de Irene mais tolerável e, mesmo que a um alto custo – o custo da perda da saúde física – é possível supor que esse mecanismo evite a eclosão de um processo melancólico, no caso em o seu Ideal de Eu fosse sumariamente perturbado pela ambivalência amorosa; ambivalência que Irene mantém como um segredo bem guardado em seu inconsciente.

Conclui-se, dessa maneira, que se nos afastarmos da perspectiva que busca atribuir ao adoecimento físico um estatuto mórbido relacionado à melancolia, ou a outras modalidades patológicas, podemos pensar no adoecimento físico como parte integrante de alguns processos de luto. Longe de afirmar uma relação de causalidade entre a instauração do trabalho de luto e a irrupção do adoecimento físico, interessa perceber que esse último, independentemente do momento em que tiver surgido, pode contribuir para a organização econômica frente à ruptura libidinal que a perda do objeto implica. Uma contribuição que, assumirá contornos e papéis muito particulares, como nos ensinou Elisabeth Von R., as entrevistadas S. M. e S., os diversos participantes do grupo de apoio emocional a enlutados ASDL e, especialmente, Irene.

Deve-se lembrar que o trabalho de luto não é uma categoria diagnóstica, mas um processo de reorganização do psiquismo que, em sua empreitada, se utilizará dos recursos disponíveis ao sujeito. Assim, se nos abstermos do julgamento de valor, talvez pudéssemos considerar um adoecimento como um desses recursos no enfrentamento da dor psíquica; dor que pode remeter, aquele que sofreu a perda, de volta ao estado de desamparo. Situação extremada que, portanto, poderia pôr em ação a flexibilidade do aparelho psíquico

em dotar de uma função – eventualmente de um sentido – uma forma de adoecimento orgânico, tornando o processo de luto um pouco mais fácil, mas não necessariamente mais seguro. Para algumas pessoas o adoecer poderia funcionar como um chamado à vida, por exemplo, contrapondo-se à pulsão de morte que toma espaço no aparelho psíquico com a perda objetal. Para outras pessoas, por outro lado, o adoecer poderia representar a própria morte, colocando-se como um caminho para esse destino que poderá parecer preferível à dor insuportável da perda.

Em ambos os casos, não é demais reforçar, parece se confirmar nossa hipótese inicial, apresentada na introdução deste trabalho, de que um adoecimento orgânico, dada a ocorrência de uma perda significativa, poderia cumprir um papel na reorganização do regime pulsional, desviando a dor psíquica ao campo do somático, e, assim, organizando parte da energia solta que o trabalho de luto promove. Adoecer, dessa forma, poderia falar também sobre o caráter trágico da vida, na qual as perdas são inevitáveis, embora os nossos modos de lidar com elas possam permanecer, em parte, desconhecidos. Por vezes, com a doença mortal, poderiam custar a própria existência. Levando-nos a pensar: existiria a arte de saber perder?

A arte de perder não é nenhum mistério;  
Tantas coisas contêm em si o acidente  
De perdê-las, que perder não é nada sério.

Perca um pouquinho a cada dia. Aceite, austero,  
A chave perdida, a hora gasta bestamente.  
A arte de perder não é nenhum mistério.

Depois perca mais rápido, com mais critério:  
Lugares, nomes, a escala subsequente  
Da viagem não feita. Nada disso é sério.

Perdi o relógio de mamãe. Ah! E nem quero  
Lembrar a perda de três casas excelentes.  
A arte de perder não é nenhum mistério.

Perdi duas cidades lindas. E um império  
Que era meu, dois rios, e mais um continente.

Tenho saudade deles. Mas não é nada sério.

- Mesmo perder você (a voz, o riso etéreo  
que eu amo) não muda nada. Pois é evidente  
que a arte de perder não chega a ser mistério  
por muito que pareça (Escreve!) muito sério.

ELIZABETH BISHOP (2012/1976)

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, N.; TOROK, M. Mourning or melancholia: Introjection versus Incorporation (1972). In: \_\_\_\_\_. **The shell and the kernel: Renewals of psychoanalysis**. The University of Chicago Press: Chicago & London, 1994.
- ACTING OUT. In: ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. p. 5-6.
- AGUIAR, F. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. **Jornal de Psicanálise**, v.39, n. 70, p. 105-131, 2006.
- ALBERTI, S. Psicanálise e corpo, em pesquisa. Prefácio. In: RAMIREZ, H. H. A.; ASSADI, T. C.; DUNKER, C. I. L. **A pele como litoral**. São Paulo: Annablume, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- ÁVILA, L. A. A alma, o corpo e a psicanálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 35-39, 1997.
- ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma: Investigação psicossomática psicanalítica**. 1995. 273 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 1995.
- ÁVILA, L. A. Isso dói – dor e sofrimento em Freud e Groddeck. **Psicanálise**, v. 18, n. 1, p. 87-102, 2016.
- BACHELARD, G. **A poética do espaço**. 1957. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1ohu-3gLS5fk05eDap\\_ZbHzdpyuw7AqLo/view](https://drive.google.com/file/d/1ohu-3gLS5fk05eDap_ZbHzdpyuw7AqLo/view). Acesso em 13 mar. 2021.
- BARRETO, M. L. B. Sobre a experiência da dor. **Letra Freudiana**, v. 15, n. 15, p. 19-25, 1995.
- BARTUCCI, G. **Sublimação e processos de subjetivação: entre a psicanálise e a arte**. Disponível em: <http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/psicanalise/psique15.htm>. Acesso em: 05 fev. 2000.
- BATTISTELLA, L. R.; MENDONÇA, L. L. F. ; BALTHAZAR, P. A ; COSSERMELLI, W. Reumatismo de partes moles : abordagem terapêutica. **Acta Fisiátrica**, v.1, n. 1, p. 19-22, 1994.
- BENTO, M. Corpo estranho – Narcisismo e desamparo no contexto hospitalar. **SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 101-111, 2008.
- BIRMAN, J. **Dor e sofrimento num mundo sem mediação**. Trabalho apresentado nos Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003.
- BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.



BISHOP, E. Uma arte. In: \_\_\_\_\_. **Poemas escolhidos**. Tradução de Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

BOMBANA, J. A.; LEITE, A. L. S. S.; MIRANDA, C. R. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 4, p. 180-184, 2000.

BORGES, S. N. Ofício de viver: o corpo pulsão que é de morte. In: \_\_\_\_\_. **Metamorfoses de um corpo: uma pedagogia freudiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BRADBEER, M.; HELME, R. D.; YONG, H.; KENDING, H. L.; GIBSON, S. J. Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. **The clinical journal os pain**, n. 19, p. 247-254, 2003.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

CALHEIROS, S. M. V. **Melancolia: da perda do objeto ao luto impossível**. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Setor de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília (GO), 2014.

CAMPOS, E. B. V. Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 22-44, dez. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7 Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CARDOSO, M. R.; PARABONI, P. Dor física crônica: uma estratégia de sobrevivência psíquica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1203-1219, 2010.

CARNEIRO, S. C. **Psoríase: mecanismo de doença e implicações terapêuticas**. 2007. 199 f. Dissertação (Livre docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2007.

CASETTO, S. J. Sobre a importância do adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática no século XX. **Psychê**, São Paulo, v. 5, n. 17, p. 121-142, 2006.

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicólogo informação**, v. 17, n. 17, p. 87-105, 2013.

CAVANEZ, F. Na outra cena da representação: Considerações sobre o trauma. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-182, 2013.

CECCARELLI, P. R. **Considerações sobre pesquisa em psicanálise**. 2010. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br/texts/consideracoes-sobre-pesquisa-em-psicanalise.pdf> Acesso em 29 nov. 2020.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 64-79, 2000.

CERRUTI, M. Q.; ROSA, M. D. Em busca de novas abordagens para a violência de gênero: a desconstrução da vítima. **Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 1047-1076, 2008.

CHEN, J. H.; BIERHALS, A. J.; PRIGERSON, H. G.; KASL, S. V.; MAZURE, C. M.; JACOBS, S. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. **Psycho/Med**, v. 29, n. 2, p. 367-380, 1999.

CHERIX, K.; COELHO JUNIOR, N. E. Luto e melancolia nas demências: a psicanálise na clínica do envelhecimento. **Trivium: Estudos Interdisciplinares**, v. 5, n. 2, p. 182-195, 2017.

CLARA, C. J. S. S. Melancolia: da antiguidade à modernidade. Uma breve análise histórica. **Mental: Barbacena**, v.7, n.13, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Resolução nº 196/96 (versão 2012) de 10 de Outubro de 1996.

COELHO, C. L. S.; ÁVILA, L. A. Controvérsias sobre a somatização. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 6, p. 278-284, 2007.

COSTA, R. B. O conceito de TASZ: Um olhar reflexivo no diálogo com a etologia. **Revista Gestão Universitária**, v. 7, 2017. Disponível em: <http://www.gestaouniversitaria.com.br/artigos-cientificos/um-olhar-reflexivo-no-dialogo-com-a-etologia-conceito-de-tasz> Acesso em 29 nov. 2020.

CREMASCO, M. V. Christian Dunker: Lutos finitos e lutos infinitos. O trabalho de dizer adeus. **Revista Expressão: Cultura Unibrasil**, Curitiba, v. 1, p. 60-64, 2020.

CREMASCO, M. V. F. Psicopatologia psicanalítica e a clínica da toxicomania. In: CREMASCO, M. V. F.; MENZ, D. M. **Formação em políticas sobre drogas**. Curitiba: Editora UFPR, 2019.

DEJOURS, C. Biologia, psicanálise e somatização (1997). In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (Orgs). **Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

DOCKHORN, M.; MACEDO, M. N. K.; WERLANG, B. S. G. Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 27, p. 25-42, 2007.

DUNKER, C. I. L. Corporeidade em psicanálise: corpo, carne e organismo. In: RAMIREZ, H. H. A.; ASSADI, T. C.; DUNKER, C. I. L. **A pele como litoral**. São Paulo: Annablume, 2011.

DUNKER, C. I. L. Teoria do luto em psicanálise. **Pluralidades em Saúde Mental**, v. 8, n. 2, p. 28-42, 2019.

EKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: MELLO-FILHO, J [et al]. **Psicossomática hoje**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 93-105.

ELABORAÇÃO. In: ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p. 174.

ESTÊVÃO, I. R. Retorno à querela do Trieb: por uma tradução freudiana. **Cadernos de Filosofia Alemã**, n. 19, p. 79-106, 2012.

FERENCZI, F. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte (1929). In: \_\_\_\_\_. **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 47-51.

FERENCZI, S. **Thalassa: Ensaio sobre a teoria da genitalidade** (1924). São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FERNANDES, M. H. As formas corporais do sofrimento: A imagem da hipocondria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 4, n. 4, p. 61-80, 2001.

FERRAZ, F. C. A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 41, n. 4, p. 66-76, 2007.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.

FIGUEIREDO, I. **Fenômenos psicossomáticos: o manejo da transferência**. Curitiba: Appris, 2016.

FIGUEIREDO, L. C. **Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi**. São Paulo: Escuta, 1999.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, 2006.

FONSECA, M. C. B. Do trauma ao fenômeno psicossomático (FPS): Lidar com o sem sentido? **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 229-244, 2007.

FORTES, S. L. C. L. ; TÓFOLI, L. F. F. ; BAPTISTA, C. M. A. Somatização hoje. In: MELLO-FILHO, J [et al]. **Psicossomática hoje**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 546-562.

FOUCAULT, M. Médicos, juízes e bruxos do século XVII (1969). In: \_\_\_\_\_. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 284-298.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social (1977). In: \_\_\_\_\_. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina (1969)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 404-424.

FREITAS, J. L.; CREMASCO, M. V. F. (Orgs). **Mães em luto: A dor e suas repercussões existenciais e psicanalíticas**. Curitiba: Juará, 2015.

FREITAS, N. K. **Luto materno e psicoterapia breve**. São Paulo: Summus, 2000.

FREUD, S. A concepção psicanalítica da perturbação da visão (1910b). In: \_\_\_\_\_. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos**. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 217-227.

FREUD, S. A etiologia da histeria (1896). In: \_\_\_\_\_. **Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 187-215.

FREUD, S. A história do movimento psicanalítico (1914a). In: \_\_\_\_\_. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-73.

FREUD, S. **A interpretação dos sonhos (1900-1901)**. v. 2. Porto Alegre: L&M, 2013.

FREUD, S. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898). In:\_\_\_\_\_. **A sexualidade na etiologia das neuroses (1898)**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 249-270.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). In:\_\_\_\_\_. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-75.

FREUD, S. Algumas lições elementares de psicanálise (1940[1938]). In:\_\_\_\_\_. **Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 297-302.

FREUD, S. As perspectivas futuras da terapia psicanalítica (1910). In:\_\_\_\_\_. **Observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos ratos”], Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos**. v. 9. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. p. 287-301.

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa (1894). In:\_\_\_\_\_. **Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 51-72.

FREUD, S. A teoria transformada (Carta à Wilhelm Fliess, 21 de Setembro de 1897). In: MASSON, J. M. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess, 1887-1904**. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 265-303.

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise (1910[1909]). In:\_\_\_\_\_. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos**. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 17-65.

FREUD, S. Conferência XXII: Algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia (1916-1917). In:\_\_\_\_\_. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III) (1916-1917)**. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 343-360.

FREUD, S. Conferência XXXII: Ansiedade e vida instintual (1932-1936). In:\_\_\_\_\_. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)**. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 85-112.

FREUD, S. Considerações atuais sobre a guerra e a morte (1915). In:\_\_\_\_\_. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. v. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 156-184.

FREUD, S. Construções em análise (1937). In:\_\_\_\_\_. **Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 275-290.

FREUD, S. Dostoiévski e o parricídio (1928[1927]). In:\_\_\_\_\_. **O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 181-200.

FREUD, S. **Estudos sobre a Histeria (1893-1895)**. v.2. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911a). In: \_\_\_\_\_. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-96.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[1901]). In: \_\_\_\_\_. **Um caso de Histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. v.7. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-116.

FREUD, S. Histeria (1888). In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1899)**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 75-96.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926[1925]). In: \_\_\_\_\_. **Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, Análise leiga e outros trabalhos (1925-1926)**. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 81-171.

FREUD, S. **Luto e melancolia** (1917[1915]). São Paulo: Cosac Naify, 2013. *E-book*.

FREUD, S. Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses (1906). In: \_\_\_\_\_. **Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 255-265.

FREUD, S. Moisés e o monoteísmo: Três ensaios (1939[1934-1938]). In: \_\_\_\_\_. **Moisés e o monoteísmo, Esboço e psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-67.

FREUD, S. Neurose e Psicose (1924[1923]). In: \_\_\_\_\_. **O ego e o ID e outros trabalhos (1923-1925)**. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 165-171.

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) (1911b). In: \_\_\_\_\_. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-96.

FREUD, S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909). In: \_\_\_\_\_. **Duas histórias clínicas: o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos” (1909)**. v.10. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 137-273.

FREUD, S. O debate sobre a masturbação (1912b). In: \_\_\_\_\_. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)**. v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 182-193.

FREUD, S. O ego e o id (1923). In: \_\_\_\_\_. **O ego e o id, “Autobiografia” e outros trabalhos(1923-1925)**. v.16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 9-64.

FREUD, S. O ego e o id (1923). In: \_\_\_\_\_. **O ego e o id e outros trabalhos(1923-1925)**. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-80.

FREUD, S. O estado neurótico comum (1916-1917). In: \_\_\_\_\_. **Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)**. v. 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 407-422

FREUD, S. O humor (1927). In:\_\_\_\_\_. **O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 163-169.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In:\_\_\_\_\_. **O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 66-135.

FREUD, S. O problema econômico do masoquismo (1924). In:\_\_\_\_\_. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 175-188.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In:\_\_\_\_\_. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 117-144.

FREUD, S. Por que a guerra? (Einstein e Freud) (1933[1932]). In: \_\_\_\_\_. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)**. v. 22, Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 191-208.

FREUD, S. Psicanálise silvestre (1910a). In:\_\_\_\_\_. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos**. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 229-239.

FREUD, S. Psicologia de grupo e a análise do ego (1921). In:\_\_\_\_\_. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. v.18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 79-154.

FREUD, S. Rascunho F: Coleção III (1886-1889a). In:\_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)**. v.1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 241-245

FREUD, S. Rascunho G: Melancolia (1886-1889b). In:\_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)**. v.1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 246-253.

FREUD, S. Rascunho K. As neuroses de defesa (um conto de fadas natalino) (1886-1889c). In:\_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)**. v.1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 267-276.

FREUD, S. Rascunho N [NotasIII] (1886-1889d). In:\_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 304-307.

FREUD, S. Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia (1895). In:\_\_\_\_\_. **Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1980, p. 117-132.

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (1893b). In:\_\_\_\_\_. **Estudos sobre a Histeria (1893-1895)**. v.2. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 39-53.

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência (1893a). In:\_\_\_\_\_. **Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 35-47.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914b). In:\_\_\_\_\_. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 77-108.

FREUD, S. Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos (1917[1915]a). In:\_\_\_\_\_. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 225-241.

FREUD, S. Tipos de adoecimento neurótico (1912). In:\_\_\_\_\_. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)**. v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 174-181.

FREUD, S. Totem e tabu (1913[1912]). In:\_\_\_\_\_. **Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)**. v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 21-192.

FREUD, S. Tratamento psíquico (ou anímico) (1905b). In:\_\_\_\_\_. **Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 267-288.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905a). In:\_\_\_\_\_. **Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 119-231.

FREUD, S. Um estudo autobiográfico (1925[1924]). In:\_\_\_\_\_. **Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos (1925-1926)**. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-78.

FREUD, S. Uma neurose demoníaca do século XVII (1923[1922]). In:\_\_\_\_\_. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. v.18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 83-120.

FULLER, D.; MARTIN, S. Rosacea. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 57, n. 4, p. 403-409, 2012.

GALDI, M. B.; CAMPOS, E. B. V. Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: Uma revisão. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 29-40, 2017.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. 24 Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009

GONÇALVES, D. S. O sentimento de culpa em Freud: entre a angústia e o desejo. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 278-291, 2019.

GREEN, A. **As cadeias de Eros: Actualidade do sexual**. Lisboa: Climepsi, 2000.

GREEN. A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1888.

GUIMARÃES, L. M.; ENDO, P. C. A origem da palavra narcisismo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 431-449, 2014.

HELFENSTEIN JÚNIOR, M. Reumatismo extra-articulares dos membros superiores. In: HEYMANN, R. E.; PAIVA, E. S.; MARTINEZ, J. E.; HELFENSTEIN JÚNIOR, M. **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. São Paulo: Planmark, 2010.

HO, S. H.; HUNG, W. S. The impacts of widowhood, chronic disease, and physical function on mortality among older people. **Journal of Nursing Research**, v. 21, n.2, p. 110-119, 2013.

JORGE, M. A. C. Luto e culpa na análise e na vida cotidiana. In: PERES, U. T. **Culpa**. São Paulo: Escuta, 2001.

JUNQUEIRA, C.; COELHO JUNIOR, N. E. Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline? **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 25-35, 2006.

KANABUS, B. Christophe Dejours – O corpo inacabado entre fenomenologia e psicanálise: entrevista. **Psicologia USP**, v. 26, n. 3, p. 328-339, 2015.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009. *E-book*.

KLAUTAU, P.; WINOGRAD, M.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F. Do traumático ao trauma: a lógica do presente permanente. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 613-635, 2016.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n.3, p. 484-497, 2005.

KOVÁCS, M. J. A morte em vida. In: BROMBERG, M. J.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M. M. J.; CARVALHO, V. A. **Laços da Existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 11-33.

LAZZARINI, R. R.; VIANA, T. C. O corpo em psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-250, 2006.

LEVAV, I.; KOHN, R.; ISCOVICH, J.; ABRAMSON, J. H.; TSAI, W. Y.; VIGDORVICH, D. Cancer incidence and survival following bereavement. **American Journal of Public Health**, v. 90, n.10, p.1601-1607, 2000.

LI, J.; HANSEN, D.; MORTENSEN, P. B.; OLSEN, J. Myocardial infarction in parents who lost a child: A nationwide prospective cohort study in Denmark. **Circulation**, v.106, p. 1634-1639, 2002.

LI, J.; PRECHT, D. H.; MORTENSEN, P. B.; OLSEN, J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. **The Lancet**, p.1-5, 2003. Disponível em: <http://image.thelancet.com/extras/02art5149web.pdf> Acesso em 21 Abr. 2021.

LINDENMEYER, C. Qual é o estatuto de corpo na psicanálise? **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 341-359, 2012.

LIONÇO, T. O corpo somático e psiquismo na psicanálise: uma relação de tensionalidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 117-136, 2008.



MACÊDO, K. B. O trabalho com o desamparo e o trauma na clínica psicanalítica. **Revista EDUCAmazônica – Educação Sociedade e Meio Ambiente**, v. 7, n. 2, p. 185-202, 2014.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. B. A escuta psicanalítica e a psicanálise da escuta. **Psychê**, São Paulo, v. 4, n. 15, p. 65-76, 2005.

MACHADO, A. V.; FERRÃO, C. S.; SEGALLA, G. S.; CREMASCO, M. V. F. Sobre o luto: contribuições da Psicopatologia Fundamental. In: PERES, R. S.; HASHIMOTO, F.; CASADORE, M. M.; BRAZ, M. V. **Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares**. São Carlos: EdUFSCar, 2017.

MACHADO, A. V.; MADRUCCI, G. F.; CREMASCO, M. V. De onde fala um psicanalista no hospital? Reflexões sobre o luto, a psicopatologia fundamental e a ética. **PsicoFAE**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 47-60, 2016.

MAGTAZ, A. C.; BERLINCK, M. T. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 71-81, 2012.

MAIS ALÉM DO PRINCÍPIO DE PRAZER. In: ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998c. p.484-490.

MARCOS, C. A pesquisa em psicanálise e a linha de pesquisa Processos Psicossociais do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia da PUC-Minas. In: KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. (Orgs). **Pesquisa em psicanálise: Transmissão na universidade**. Barbacena: EdUEMG, 2010. p. 99-110.

McWILLIAMS, N. **Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process**. 2 Ed. New York: The Guilford Press, 2011.

MCWILLIAMS, N. **Diagnóstico psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MEIRELLES, C. E. F. O manejo da transferência. **Stylus Revista de Psicanálise Rio de Janeiro**, n. 25, p.123-135, 2012.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MENDES, E. D.; VIANA, T. C.; BARA, O. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa: Brasília**, v. 30, n.4, p. 423-431, 2014.

MENDLOWICZ, E. O luto e seus destinos. **Ágora**, v. 3, n. 2, p. 87-96, 2000.

MESQUITA, P. M. A. **Psoríase: Fisiopatologia e terapêutica**. 2013. 54 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MEZAN, R. **Freud: A trama dos conceitos**. 5 Ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

MOURA, A.; NIKOS, I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 13, n. 140-141, p. 69-76, 2001.

MURTA, C.; FALABRETTI, E. O autômato: entre o corpo máquina e o corpo próprio. **Nat.hum [online]**, v. 17, n. 2, p. 75-92, 2015.

NARCISISMO. In: ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998d. p. 530-533.

NASIO, J. D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

NEVES, S. M. R. Trauma: onde estão suas marcas? **Revista de Psicossomática Psicanalítica**, n. 1, 2019. Disponível em: [http://www.sedes.org.br/Departamentos/Revistas/psicossomatica\\_psicanalitica/pdfs/1\\_001-08\\_Trauma\\_Onde\\_estao\\_suas\\_marcas.pdf](http://www.sedes.org.br/Departamentos/Revistas/psicossomatica_psicanalitica/pdfs/1_001-08_Trauma_Onde_estao_suas_marcas.pdf) Acesso em 29 Nov. 2020.

NOGUEIRA, L.C. A pesquisa em psicanálise. **Revista Psicologia USP**, v.15, n.1-2, p.83-106, 2004.

OGDEN, T. H. A new Reading of the origins of object-relations theory. **The International Journal of Psychoanalysis**, London, v. 83, p. 767-782, 2002.

OLIVEIRA, N. R.; TAFURI, M. I. O método de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.15, n.4, p.838-850, 2012.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial da saúde 2008: Cuidados de saúde primários – Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

PARABONI, P. **Dor física crônica: uma reflexão psicanalítica**. 2010. 88-90 f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (RJ), 2010.

PARKES, C. M. Effects of bereavement on physical and mental health – A study of the medical records of widows. **British Medical Journal**, v. 2, n. 5404, p. 274-279, 1964

PARKES, C. M. **Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta**. 3 Ed. São Paulo: Summus, 1998.

PERES, U. T. Uma ferida a sangrar-lhe a alma. In: FREUD, S. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2013, p. 59-86. *E-book*.

PERES, R. S.; SOLDATI, K. Aspectos psicopatológicos da fibromialgia: relações com aportes conceituais da Psicossomática Psicanalítica. In: PERES, R. S. (Org). **Dimensões subjetivas da dor física crônica: perspectivas psicanalíticas**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2019. p. 67-85.

PEREZ, L. M. F. **Corpo, angústia e vulnerabilidade: o corpo na clínica psicanalítica contemporânea**. Disponível em: <http://www.psicanalise.ufc.br/hot-site/pdf/Mesas/23.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

PIMENTA, S. O. **A morte de um filho para uma mãe: luto, melancolia e identificação**. 2014. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2014.

PINHEIRO, M. T. S.; QUINTELLA, R. R.; VERZTMAN, J. S. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010.

PINHEIRO, T. Algumas considerações sobre o narcisismo, as instâncias ideais e a melancolia. **Cadernos de psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 15, p. 1-10, 1995.

PINHEIRO, T. O modelo melancólico e os sofrimentos da contemporaneidade. In: VERTZTMAN, J.; HERZOG, R.; PINHEIRO, T.; PACHECO-FERREIRA, F. **Sofrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud; Brasília: CAPES PRODOC, 2012. p. 17-38.

PINHEIRO, T.; VERZTMAN, J.; VENTURINI, C.; VIANA, D.; CANOSA, L.; CARAVELLI. Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica. **Psicologia Clínica**, v. 18, n. 1, p. 193-204, 2006.

PRATA, M. R. O normal e o patológico em Freud. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 37-81, 1999.

PULSÃO. In: ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998e. p. 628-632.

QUEIROZ, E. F. O inconsciente é psicossomático. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 911-924, 2008.

QUINET, A. A clínica do sujeito na depressão. In: \_\_\_\_\_. **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 2002, p. 125-154.

QUINODOZ, J-M. **Ler Freud: Guia de leitura da obra de S. Freud**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RINALDI, D. Culpa e angústia: algumas notas sobre a obra de Freud. In: PERES, U. T. **Culpa**. São Paulo: Escuta, 2001.

RODRIGUES, M. J. S. F. O diagnóstico de depressão. **Psicologia USP**, vo. 11, n. 1, p. 155-187, 2000.

RUDGE, A. M. Notas sobre a culpa no luto. In: PERES, U. T. **Culpa**. São Paulo: Escuta, 2001.

TRANSFERÊNCIA. In: ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998f. p.766.

SAFRA, G. Investigação em psicanálise na universidade. **Revista Psicologia USP**, v.12, n.2, p. 171-175, 2001.

SANTOS FILHO, O. C. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. In: MELLO-FILHO, J [et al]. **Psicossomática hoje**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 481-490.

SANTOS, M. A. A transferência na clínica psicanalítica: A abordagem freudiana. **Temas em Psicologia**, n.2, p. 13-27, 1994.

SANTOS, O. C. F. Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. In: MELLO-FILHO, J [et al]. **Psicossomática hoje**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 153-157.

SANTOS, N. A.; RUDGE, A. M. Dor na psicanálise – Física ou psíquica? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 450-468, 2014.

SCHILLER, P. **A vertigem da imortalidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SGARBI, J. A.; MACIEL, R. M. Patogênese das doenças tireoidianas autoimunes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 5-14, 2009.

SILVA, C. C. R. Reflexões sobre o normal e o patológico e a ética da psicanálise. **Psicanálise & Barroco em revista**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 62-73, 2012.

SILVA, M. M. Para além da saúde e da doença: o caminho de Freud. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 259-274, 2009.

SILVA, M. V. N. Barbara Low e o princípio do Nirvana. **Revista Lacuna**, n. 7, p. 7. 2019. Disponível em: [https://revistalacuna.com/2019/08/07/n-7-7/#:~:text=O%20princ%C3%ADpio%20de%20Nirvana%20surge,de%20Prazer%E2%80%9D%20\(1920\).&text=Mesmo%20nos%20dias%20atuais%2C%20o,que%20isso%20a%20seu%20respeito.](https://revistalacuna.com/2019/08/07/n-7-7/#:~:text=O%20princ%C3%ADpio%20de%20Nirvana%20surge,de%20Prazer%E2%80%9D%20(1920).&text=Mesmo%20nos%20dias%20atuais%2C%20o,que%20isso%20a%20seu%20respeito.) Acesso em 29 nov. 2020.

SOARES, R. L. **A identificação e o narcisismo na melancolia: reflexões a partir da obra freudiana**. 134 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Setor de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SOTO, R. F. **Psicossomática na primeira infância: A contribuição de Winnicott para um estudo das alergias respiratórias**. 230 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

STRACHEY, J. Nota do editor inglês. In: FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago. 1996. p. 77-79.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; STROEBE, W. Health outcomes of bereavement. **The Lancet**, v. 370, p.1960-1973, 2007.

TAFÀ, M.; CERNIGLIA, L.; CIMINO, S.; BALLAROTTO, G.; MARZILLI, E.; TAMBELLI, R. Predictive values of early parental loss and psychopathological risk for physical problems in early adolescents. **Frontiers in Psychology**, v.9, p. 1-10, 2018.

TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, n. 1, p. 21-42, 2006.

TOROK, M. The illness of mourning and the fantasy os the exquisite courpse (1968). In: ABRAHAM, N.; TOROK, M. **The shell and the kernel: Renewals of psychoanalysis**. The University of Chicago Press: Chigaco & London, 1994.

VAL, A. C.; LIMA, M. A. C. A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 99-115, 2014.

VENTURA, R. A noção de trabalho na experiência psicanalítica. **Psicologia USP**, v. 27, n. 2, p. 282-288, 2016.

VENTURA, I. F.; NICOLAU, R. F. A direção do tratamento na clínica dos fenômenos psicossomáticos. **Revista Subjetividades**, v. 14, n. 2, p. 250-256, 2014.

VERZTMAN, J.; RAMÃO-DIAS, D. Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, n. 2, p. 269-290, 2020.

VIDAL, P. E. V. A invenção da psicanálise e a correspondência Freud/Fliess. **Estilos da Clínica**, v. 15, n. 2, p. 460-479, 2010.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, n. 13, p. 39-48, 1999.

VIRK, J.; RITZ, B.; LI, J.; OBERL, C.; OLSEN, J. Childhood bereavement and type 1 diabetes: a Danish national register study. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v.30, p. 86-92, 2016.

VOLICH, R. M. Prefácio: Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (orgs). **Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

VOLICH, R. M. **Psicossomática de Hipócrates à Psicanálise**. 8. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. Apresentação. In: \_\_\_\_\_(orgs). **Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

WINOGRAD, M.; MENDES, L. C. Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 2, p. 211-223, 2009.

WINOGRAD, M.; TEIXEIRA, L. C. Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 165-182, 2011.

ZUPANCIC, A. Sexualidade e ontologia. **Estudos Lacanianos**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 311-326, 2008.